FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 400

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Paul THIBAULT

Né à Contres (Loir-et-Cher), le 8 décembre 1883
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DE LA DÉMORPHINISATION BRUSQUE

Président : M. RAYMOND, *professeur*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. LANDOUZY.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. WIDAL
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. RECLUS.
Clinique chirurgicale	SEGOND. QUENU. DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Témoignage d'un profond amour filial.

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RAYMOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE LE DOCTEUR FLORAND

MÉDECIN DES HÔPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Humble témoignage de profonde reconnaissance pour la bonté qu'il m'a toujours prodiguée, et les conseils précieux qu'il m'a donnés pour la rédaction de ce travail.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

MM. les Docteurs :

Barnsby, professeur de clinique chirurgicale.

Lapeyre, professeur de pathologie externe.

Mercier, professeur de pathologie interne.

Meunier, professeur de clinique médicale.

Tillaye, professeur suppléant de pathologie externe.

J'adresse mes remerciements les plus reconnaissants à tous ces maîtres dévoués qui guidèrent mes premiers pas dans mes études médicales, et je les prie de trouver ici l'expression de ma plus vive gratitude pour leurs conseils et l'indulgente bienveillance qu'ils m'ont toujours témoignée.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat.

M. le professeur Pozzi, hôpital Broca, 1906-1907.

M. le docteur Lesage, hôpital Hérold, 1907-1908.

M. le professeur agrégé Thiroloix, hôpital de la Pitié, 1908-1909.

M. le docteur Florand,
M. le professeur agrégé Demelin, } hôpital Tenon, 1909-1910.

M. le docteur Chevassu, hôpital Necker, 1910.

A MM. les docteurs Proust, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Dartigues, Jayle, Bender, Lequeux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153702_0009

AVANT-PROPOS

L'idée du travail que nous soumettons à l'appréciation bienveillante de nos juges nous a été donnée par notre maître le Dr Florand ; au cours de cette année, alors que nous étions attaché à son service de l'hôpital Tenon il nous a été fourni l'occasion d'assister au traitement suivi de guérison complète de plusieurs cas de morphinomanie ; nous avons vu notre maître user d'une méthode qui a été vivement critiquée, dans ces dernières années, à tort croyons-nous, par de nombreux auteurs ; les dangers qu'elle peut présenter ont été exagérés dans une large mesure ; aussi nous basant sur la longue expérience de notre maître, et sur les faits et les observations que nous avons pu contrôler et suivre de très près, il nous a paru intéressant d'essayer de remettre au point cette question du traitement de la morphinomanie.

Nous allons donc, après avoir passé en revue les divers modes de traitement de cette maladie qui ont été tour à tour préconisés, et nous fondant sur les observations que nous relatons, tâcher de démontrer que le meilleur traitement est la suppression brusque de la morphine ; l'élimination de ce toxique se fait rapidement, et généralement est loin de s'accompagner de tout le cortège de phénomènes dramatiques que l'on s'est empressé de lui attribuer.

En même temps nous indiquerons toutes les précautions dont doit s'entourer le médecin qui entreprend une telle cure, s'il veut parvenir au but qui doit être sa grande préoccupation, nous voulons dire : l'absence de récidive.

INTRODUCTION

Le présent travail traite un sujet qui, sans être tout à fait nouveau, est cependant toujours d'actualité.

En effet la morphinomanie est une question qui est et qui mérite d'être à l'ordre du jour par suite de sa gravité extrême, par le pronostic très sombre qu'elle entraîne toujours et par le danger qu'elle fait courir à la société ; elle voit le nombre de ses victimes augmenter sans cesse et tend de plus en plus à prendre une place importante en médecine légale.

Elle semble marcher de pair avec une autre maladie non moins redoutable, nous voulons dire : l'alcoolisme ; souvent elles se remplacent ou se superposent chez le même individu, et toutes deux sont accompagnées d'un triste cortège de symptômes. Ceux-ci, souvent très graves, conduisent par les voies les plus rapides les malades qui en sont atteints, à la ruine complète des facultés physiques et intellectuelles, puis après un temps plus ou moins long à une mort horrible et inévitable.

La morphinomanie est une passion funeste pour notre société déjà ébranlée par tant d'autres infirmités, car elle recrute souvent ses adeptes parmi les classes intellectuelles et dirigeantes ; c'est un fléau social qui tend à se généraliser, véritable tache d'huile, dans les milieux où l'activité semblerait devoir la bannir ; elle conduit toujours à la ruine progressive de toutes les facultés et à une déchéance complète de la personnalité.

Nous sommes donc en présence d'une maladie dont les

effets pernicieux se développent à l'ombre de la civilisation et du progrès, et qui se propage également vite parce que les forces physiques et morales de l'homme, fatiguées et déprimées, ne sauraient se passer de cet agent à la fois excitant et calmant, factice et artificiel.

La morphinomanie règne aujourd'hui partout où règne la civilisation ; elle augmente tous les jours. C'est une plaie sociale qu'il faut inonder de lumière, produire au grand jour, pour la révéler dans sa hideuse nudité comme un ulcère rongeur placé en vedette pour avertir les imprudents et détourner les audacieux.

Que de malheureux son chant délicieux n'a-t-il point attirés vers les sombres abîmes ! La quintessence de l'opium, ses principes actifs sont devenus pour eux la clé qui ouvre les bonheurs paradisiaques. Tous vantent le pouvoir de ce toxique qu'ils qualifient de divin ; ils lui attribuent des vertus surhumaines, des suggestions qui semblent irrésistibles, un pouvoir vraiment magique. D'un coup d'aiguille ils peuvent effacer les souffrances du corps et celles de l'esprit, les injustices des hommes et celles de la fortune ; il est dès lors facile de comprendre l'empire immense de ce merveilleux poison et ses ravages presque irréparables.

L'opium sous toutes ses formes provoque des manifestations à peu près identiques ; mais en Europe c'est la morphine qui est la plus employée.

Depuis plusieurs années, un autre alcaloïde de l'opium, l'héroïne, est de plus en plus en honneur : elle donne lieu à une intoxication redoutable, l'héroïnomanie, qui offre par sa ténacité et ses allures rapides une gravité encore plus grande que la morphinomanie.

On a encore employé des dérivés de l'opium, comme l'extrait thébaïque, l'élixir parégorique et le laudanum. On voit des malades qui absorbent des verres à liqueur de laudanum ; ils mesurent leur dose au verre au lieu de la mesurer avec un compte-gouttes.

Certains préfèrent le laudanum de Rousseau au laudanum de Sydenham ; ils le trouvent plus actif et lui attribuent un pouvoir euphoristique plus marqué.

Enfin il y a des morphinomanes qui associent l'opium à la morphine et prétendent trouver une différence marquée entre les deux : l'action de l'opium, outre qu'elle serait moins rapide que celle de la morphine, permettrait mieux le travail intellectuel ; cependant la plupart des médecins qui ont observé de tels malades ont noté chez eux un amaigrissement rapide, ainsi que la perte précoce de l'appétit ; ils attribuent ces symptômes à la saveur âcre, amère et nauséabonde de l'opium et de ses dérivés ; quand ils sont pris par la voie buccale, des nausées et des vomissements ne tardent pas à se produire ; si l'on examine la langue, on note qu'elle est épaisse et saburrale ; la bouche est pâteuse, l'haleine très fétide. Mais ce qui a surtout frappé ces médecins, c'est la constipation opiniâtre accompagnée parfois de teinte ictérique, et alternant souvent avec des périodes de diarrhée profuse s'accompagnant de ténesme rectal et de prurit intense.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Lorsqu'on consulte les récits des voyageurs et des explorateurs, ainsi que les descriptions enthousiastes des écrivains anciens, l'on est vite convaincu que l'opium a été employé depuis fort longtemps en Orient dans le but de se procurer une ivresse agréable et toujours nouvelle. Cette influence de l'opium a été très grande et les hommes les plus éminents de tous les temps, les grands conquérants comme les grands inventeurs en ont subi le joug néfaste et impérieux.

Le sultan Baber lui-même, qui fit la conquête de l'Inde, fit un usage immodéré d'opium ; ce grand Mongol a écrit ses mémoires, et là au milieu de descriptions plus ou moins fantaisistes, il se complaît à décrire avec une insistance significative les « madjoum » qu'il s'administrait et tous les moments délicieux qu'il se procurait de cette façon ; de nos jours ce poison, car c'est bien à un véritable poison que nous avons affaire, et à un poison doué d'un pouvoir toxique très violent, a fait en Europe de notables progrès ; avec ses griffes puissantes et sournoises, il tient sous sa domination étroite des millions d'individus ; après les innombrables fumeurs d'opium, les mangeurs d'opium sont nombreux ainsi que ceux qui s'adonnent au laudanum ou à l'extrait d'opium.

Mais comme nous avons surtout en vue l'étude de l'alcaloïde principal de l'opium, la morphine, nous allons voir comment les adorateurs fervents de cette drogue merveilleuse sont arrivés à l'introduire dans leur organisme.

De très bonne heure la voie hypodermique, à l'aide d'injections faites avec une seringue, fut adoptée, et il faut se demander pourquoi les morphinomanes au rebours des opiophages s'administrent la morphine par la voie sous-cutanée.

Or, la saveur de l'opium sous sa forme brute ou sous forme d'extrait, est très amère, très âcre, voire même nauséabonde : et nombreux furent les subterfuges et les divers procédés auxquels les mangeurs d'opium durent avoir recours pour masquer la mauvaise saveur que leur procuraient les boulettes qu'ils avaient pourtant confectionnées avec tant de patience et de convoitise : aussi, très vite les Orientaux préférèrent ils le fumer, mais d'une façon comme d'une autre les effets n'en sont pas moins pernicieux.

De même la morphine, quand elle est prise par les voies digestives, porte son action directement sur l'estomac : de bonne heure des symptômes d'intolérance gastrique se manifestent ; le malade ressent au niveau du creux épigastrique une violente douleur, et est vite en proie à des vomissements abondants avec perte complète de l'appétit.

Avec la piqûre rien de tout cela ; pas de saveur désagréable, aucun trouble gastrique ; aussitôt que le liquide enchanteur est mis au contact des tissus, l'action désirée se produit, et le soulagement et le but recherché, thérapeutique ou non, apparaissent comme par enchantement. Le morphinomane est ici en contradiction absolue avec l'alcoolique chez qui la gourmandise et les sensations gustatives tiennent une large

place ; comme le morphinomane, il recherche un voluptueux bien-être, une ivresse agréable, mais en plus de lui, il y joint les sensations qu'un goût plus ou moins subtil peut lui procurer, si bien que pour arriver au but recherché il usera de nombreux moyens.

Enfin il est une autre raison pour laquelle la voie sous-cutanée est préférée : c'est la volupté, le plaisir véritable qu'éprouve le morphinomane à se faire des piqûres ; pour la plupart des personnes, la perspective d'une piqûre avec l'aiguille d'une seringue est l'objet d'une assez vive appréhension et l'injection est le plus souvent accompagnée de phénomènes douloureux, mais pour certains morphinomanes c'est là un attrait, une vraie passion ; cette « passion » de la seringue, cet amour effréné de la piqûre sont assez fréquents, et très tenaces, à tel point que des malades ont pu aller jusqu'à affirmer que s'ils se trouvaient forcés d'une façon formelle à réduire la dose de morphine qu'ils absorbent quotidiennement, ils préféreraient de beaucoup absorber cette même dose en un nombre plus grand de piqûres.

C'est Lafargue qui en 1826 inaugure la méthode des injections sous-cutanées, et c'est Rynd en 1844 qui le premier injecte sous la peau des malades qu'il soignait, des principes médicamenteux.

Ce n'est que quelques années plus tard que la morphine entra au nombre des substances que les médecins portaient directement au contact des tissus à l'aide de piqûres faites dans le tissu cellulaire sous-cutané ; en effet il faut remonter en 1853 pour rencontrer le premier usage fait de ce médicament dans un but thérapeutique ; c'est un médecin anglais, Wood, qui fit la première injection hypodermique. Cette pra-

tique ne fit pas de rapides progrès en Angleterre ; et pendant quelques années, rares furent les médecins anglais qui s'enthousiasmèrent du procédé de Wood.

Vers 1859 cette pratique fut introduite en France par Richet père, et la même année Béhier dans un mémoire à l'Académie de médecine vulgarisa l'emploi des injections ; cette méthode fit en France de rapides progrès, et bientôt différents auteurs publiant les observations de malades qui s'adonnaient avec passion à la pratique des injections sous-cutanées de morphine, firent une étude complète et détaillée de cette nouvelle maladie. C'est ainsi qu'en 1864 Samter rapporte à titre de curiosité l'observation d'un malade qui ingérait vingt centigrammes de morphine par jour ; en 1865 Hunter publie le cas d'un malade qui s'injectait plus d'un gramme de morphine quotidiennement.

En 1870 Lœrh fait une communication à la Société de psychiatrie de Berlin sur l'abus des injections de morphine, puis dans un article qui fit grand bruit, il décrit avec de nombreux détails plusieurs syndromes qui jusqu'alors étaient inconnus, et qui ressemblaient étrangement à ceux que l'on a coutume de décrire de nos jours quand on fait l'étude de la morphinomanie.

L'année 1875 fit faire un grand pas à cette question ; en effet Levinstein fait à la Société de médecine de Berlin une communication à laquelle il donnait pour la première fois le titre *Ueber Morphiumsucht* qui répond à notre terme morphinomanie ; il crée le mot d'euphorie et signale la présence fréquente de sucre et d'albumine dans les urines des morphinomanes ; il préconise un mode de traitement de cette nouvelle maladie : c'est la suppression brusque du toxique, mé-

thode que de nos jours l'on a coutume d'appeler encore Méthode de Levenstein.

Dans le même temps, Jennings propose aussi le traitement par suppression brusque, mais ses élèves ne le suivent pas longtemps et adoptent la suppression lente comme mode de traitement; puis Jennings, dans un nouvel article, conseille l'emploi des toni-cardiaques pendant le traitement afin d'obvier à certains accidents dangereux.

En 1876 paraît pour la première fois en France une monographie sur le morphinisme qui est la thèse de Calvet faisant connaître le résultat d'expériences qui furent publiées l'année suivante dans la *Tribune médicale*.

En 1879 Erlenmayer fait un livre où il préconise le traitement rapide.

Depuis, de nombreuses études ont été faites avec force détails sur cette question ; des romanciers se sont emparés avec avidité de cette question qui était pour eux un sujet merveilleux pour donner libre cours à leur imagination ; de nombreux traitements ont été proposés et souvent les discussions furent vives.

Nous citerons les noms de Zambacco, Magnan et surtout de Brouardel qui en 1881 publia le premier rapport médico-légal dans lequel la morphinomanie intervient comme cause d'irresponsabilité.

Pendant ces dernières années, beaucoup de médecins se sont occupés de cette question ; des aliénistes ont cité de nombreuses observations ; chacun préconisait un mode de traitement qui lui était spécial et qui ne s'était pas accompagné d'accidents graves.

Lorsqu'on considère les progrès rapides et sans cesse

croissants que cette affection déplorable a faits depuis que Wood pratiqua la première injection de morphine, l'on n'est pas étonné de tous les travaux qui ont été faits sur cette question, car c'est bien là une maladie qui tend à devenir un véritable fléau pour notre société déjà ébranlée par tant d'autres maux.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Comment devient-on morphinomane ? Telle est la question que nous devons tout d'abord exposer.

On entre dans la morphinomanie par différentes portes. En premier lieu se place la porte de la douleur ; c'est souvent un malade atteint d'une affection organique quelconque, pour laquelle un médecin lui faisait des injections de morphine ; sitôt après que la morphine est arrivée au contact des tissus, la douleur s'amende ; elle est souvent calmée comme par enchantement ; mais cette disparition, cette accalmie ne sont malheureusement que passagères et de courte durée ; la douleur réapparaît au bout de peu de temps, et si elle est tenace et persistante, si même, comme cela arrive parfois, elle redouble d'acuité au fur et à mesure qu'elle se reproduit, le malade plein d'enthousiasme pour son remède qu'il qualifie de divin, court à son flacon de morphine et à sa seringue ; il s'injecte un ou deux centigrammes de son calmant ordinaire, et à la douleur succède une sensation de bien-être indéfinissable. L'injection de morphine devient pour lui la panacée de tous ses maux ; il s'habitue peu à peu à ses piqûres, il met tout son espoir en elles, et dans le but de recueillir les mêmes effets de soulagement, il est forcé inévitablement d'augmenter sensiblement le nombre des injections ainsi que le titre de la solution. Si au bout d'un ou

plusieurs mois la maladie cesse avec tout son cortège de symptômes douloureux, le malade ne peut plus se passer de ses injections ; il fait désormais partie du bataillon déjà grand des morphinomanes ; la morphine lui a donné un soulagement momentané, mais très vite l'emploi de ce remède est devenu pire que le mal.

De plus il faut reconnaître que tout morphinomane est retenu en captivité par le malaise intolérable qu'il éprouve quand il s'efforce de renoncer à son vice à un moment donné ; quand il est en état de privation, il éprouve une défaillance pénible, un sentiment de malaise général qui s'accompagnent souvent de troubles pouvant aller jusqu'aux limites de la syncope.

Dans la pratique de la piqûre, il existe un grand coupable : c'est le médecin. Si l'on interroge un bon nombre de morphinomanes, si on leur demande comment ils ont contracté leur funeste habitude, très souvent leur réponse sera invariable : ce sont des douleurs atroces calmées seulement par une injection de morphine ; tout d'abord le médecin la faisait lui-même, mais un jour qu'il était absent, le malade ne pouvant résister à sa souffrance s'est fait lui-même la piqûre ; qu'en est-il résulté ? Le malade a continué, et maintenant quoique guéri de sa maladie première, et à l'abri de tout symptôme douloureux, il y a pris goût, il ne peut plus s'en passer ; c'est un morphinomane.

Puis vient la porte de la volupté ; il est un nombre considérable d'individus qui se font des piqûres de morphine dans l'unique but d'éprouver cet état de jouissance, de bien-être particulier que tous les poisons procurent d'habitude à leurs tributaires.

Beaucoup de morphinomanes ont goûté à la morphine comme le collégien à la cigarette, le jeune homme à l'absinthe ; comme notre premier père, ils ont goûté au fruit défendu. Toutes les classes de la société paient leur tribut, mais il est incontestable que c'est parmi les classes élevées qu'il faut rechercher les passionnés de la morphine ; peut-être une activité cérébrale plus grande, une certaine éducation, une activité physique prolongée, sont-elles autant de prédispositions, mais ce sont surtout les névrosés, les gens qui sont sans cesse à la recherche de sensations nouvelles et supérieures à celles que peuvent leur donner leur esprit et leur corps, et toujours à l'affût d'une impression psychique ou autre de nature particulière et plus forte, qui fournissent le gros contingent de l'armée toujours croissante des morphinomanes.

Ils cherchent à acquérir le besoin de fournir par une activité factice le supplément de forces qu'exige la vie intense d'aujourd'hui ; ils veulent eux aussi tremper leurs lèvres à la coupe empoisonnée des ivresses, réaliser les jouissances aiguës, surhumaines dont les récits des voyageurs et les descriptions littéraires ont nourri et envahi leur cerveau ; l'Eden où réside la santé, leur a été à tout jamais fermé à partir du jour où ils ont commencé leur première piqûre : ceux-ci sont très caractéristiques.

C'est d'abord la mondaine qui a toujours professé pour sa peau délicate un culte de raffinée ; elle s'astreignait jusqu'ici à des traitements prolongés, à un régime sévère, à des exercices et pratiques compliqués, elle ne reculait devant aucune dépensé, et soudain elle n'a aucune crainte à détruire tous les résultats acquis et à compromettre la finesse et la douceur de son épiderme par des piqûres répétées suivies de

boursouflures disgracieuses et souvent d'abcès multiples dont la seule pensée l'eût jadis terrorisée au plus haut degré.

Le mondain qui s'assomme partout et que rien n'intéresse, que n'amusent plus les distractions habituelles, qui s'ennuie dans tous les endroits où il se trouve et porte l'écœurement et la fatigue de sa vie inutile, devient fréquemment morphinomane ; lui aussi, comme tant d'autres, veut connaître le bien-être que procure la morphine ; c'est un charme trompeur, un décevant mirage, une fiction éphémère ; le bonheur rêvé n'est que fictif et ce ne sont que châteaux en Espagne remplis d'images insaisissables ; c'est une terre promise qui n'existe en aucune façon.

Enfin on entre dans la morphinomanie par la porte des chagrins, des soucis et de la fatigue ; les uns se piquent pour tâcher de trouver l'oubli passager des misères d'ici-bas, et entrevoir à travers leurs rêveries l'idéal d'un monde meilleur ou pour calmer leurs angoisses. Les autres se piquent pour retrouver la force qui leur est nécessaire pour un travail quotidien, et nous avons connu un camarade qui, dans les mois qui précédaient ses examens ou ses concours, se faisait des piqûres de morphine chaque soir avant de s'asseoir à sa table de travail où il pouvait alors rester jusqu'à une heure fort avancée de la nuit ; il nous affirmait qu'à la suite de son injection il constatait chez lui une lucidité d'esprit inusitée, une facilité d'assimilation et une puissance de travail beaucoup plus grande ; sa mémoire devenait plus fidèle et le sommeil tardait à se faire sentir. Mais tous ces divers appétits dégénèrent souvent en habitudes, et l'habitude engendre rapidement le besoin.

Il faut donc admettre que chez certaines personnes la mor-

phine donne pendant un certain temps une sorte d'excitation qui rend le travail de la pensée plus rapide, l'esprit plus prompt à concevoir, l'intelligence plus lucide, si bien qu'elles y ont recours chaque fois qu'elles ont un travail difficile et pressé à faire ; elles demandent à la morphine la décuplation momentanée de leurs forces physiques et intellectuelles.

Il ne faut pas croire que tous ceux qui ont commencé à se faire des piqûres puissent continuer : il y a des individus qui sont réfractaires, si bien que l'on a pu dire à plusieurs reprises en paraphrasant le mot de Lasègue relatif aux alcooliques : « Ne devient pas morphinomane qui veut. »

En effet il y a des malades qui chaque fois qu'ils se font une piqûre de morphine sont loin de voir se produire en eux les phénomènes dont nous venons de parler ; parfois il se produit des accidents pénibles comme un état nauséeux prolongé, des vomissements, des palpitations très douloureuses et des vertiges ; ces divers accidents peuvent s'accentuer au point que le malade ne peut se résoudre à les subir plus longtemps et qu'il est forcé de cesser les piqûres ; il préfère abandonner le traitement que le médecin avait institué lors de la maladie antérieure.

Parfois des malades aiment mieux subir ces accidents afin de voir disparaître leurs douleurs atroces ; ils se résignent à supporter tous les phénomènes gastro-intestinaux qui se produisent ; ils ne manquent pas de maigrir rapidement, et vite ils succomberaient à l'épuisement s'ils n'étaient pas arrêtés sur la pente glissante de l'habitude de la morphine par une cause quelconque.

Il y a encore des individus qui sont comme foudroyés par une seule injection pour des raisons mal déterminées ; ce

sont le plus souvent des vieillards porteurs de reins atteints d'un processus de sclérose fort avancé, avec des lésions multiples au niveau des glomérules et des tubes urinifères qui ne permettent pas l'élimination rapide et complète du poison ; ce sont aussi des athéromateux et des adultes ayant une lésion organique au niveau du cœur.

En général, pour devenir morphinomane, il faut y être dans une certaine mesure prédestiné par une déséquilibration particulière du système nerveux ; parmi les gens qui font un usage habituel et continu de la morphine, tous ne deviennent pas morphinomanes ; il y en a qui restent des années à la même dose et qui suppriment ensuite le poison sans difficulté ; chacun réagit vis-à-vis de la morphine selon son développement cérébral.

Il y a donc des conditions spéciales qui jouent un rôle efficient dans la production de la morphinomanie ; il y a en particulier un terrain qui est surtout favorable pour son développement

L'état mental spécial de l'individu fera que chez lui l'attraction de l'inconnu sera la plus puissante ; c'est chez lui qu'on rencontrera des tendances originales et excentriques.

Chez des sujets avides d'inconnu, d'excitation intellectuelle ou physique, d'imitation, d'impressionnabilité et d'impulsions invincibles, rien d'étonnant que ces tendances créent des appétits artificiellement développés et pathologiques.

Souvent les hypocondriaques, ceux pour qui la moindre souffrance physique ou morale, devient une torture, recourent à la morphine qui les soulage pour un temps ; tous les hystériques, tous les névropathes, toute la classe toujours

nombreuse des dégénérés, tous ces déséquilibrés sont destinés à être les victimes de ce poison ; tous ces malheureux sont des êtres impulsifs ; chez eux le pouvoir de la volonté est pour ainsi dire aboli ; ils sont les jouets des passions et deviennent vite leurs plus fidèles disciples.

Les érotomanes s'adressent souvent à ce poison afin de rendre leurs jouissances plus aiguës et plus profondes, et pour augmenter temporairement leur puissance génitale ; dans une certaine classe de notre société fort disposée à accepter sans discussion les divers préjugés, il faut avouer que c'est bien là la grande cause, ce désir d'aviver sa soif et son sens génital qui font tomber dans la morphinomanie beaucoup de malheureux êtres désabusés et possesseurs de sens émoussés et obtus.

Enfin il est un fait à noter, c'est que bien des morphinomanes sont des personnes que leur profession met en rapport avec des malades, les infirmières, les pharmaciens ; souvent aussi ce sont les médecins ; sur cent cas de morphinisme, Levinstein comptait trente-deux médecins ; c'est là une preuve de la force de tentation de la morphine ; sa renommée est immense ; elle sait se faire désirer, et ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'elle consent à se séparer de ses nombreuses victimes.

CHAPITRE III

§ 1. — Le morphinisme et la morphinomanie.

Ces deux termes sont souvent employés l'un pour l'autre ; aussi dans cette étude, nous nous en servirons indifféremment. Nous allons cependant essayer d'établir leur signification propre.

Qu'entend-on par morphinisme ? Nous répondrons en disant que c'est l'ensemble des accidents produits par l'abus prolongé de la morphine et aboutissant à une intoxication chronique.

La morphinomanie, au contraire, c'est l'habitude vicieuse qui consiste à prendre d'une façon régulière des doses croissantes de morphine, c'est le syndrome épisodique caractérisé par une impulsion irrésistible. La différence est donc bien nette et plus loin nous la préciserons encore mieux.

Tout individu qui prend de la morphine à doses plus ou moins élevées devient un morphinique ; est-il un morphinomane ? Nous répondrons : pas encore. La morphinomanie ne commence qu'avec le besoin d'une nouvelle dose de poison. C'est l'état de besoin, c'est la présence des symptômes d'abstinence propres à la morphinomanie qui constituent justement la grande difficulté de la guérison.

C'est là un caractère que l'on ne retrouve pas dans les

autres modes d'intoxication par les opiacés, au moins à un degré aussi accentué.

En effet si l'on considère les mangeurs ou les fumeurs d'opium, les buveurs de laudanum, ils en restent généralement à la période d'euphorie, à la première période d'intoxication ; au contraire quand on introduit le poison à l'aide d'injections hypodermiques, une dernière période suit fatalement la précédente : c'est celle de la morphinomanie caractérisée par le besoin irrésistible et anxieux de nouvelles injections.

§ 2. — Les morphinisés et les morphinomanes.

Ce sont encore deux termes au sujet desquels l'on a longuement discuté afin d'en bien préciser la distinction. Il est certain que les morphinisés et les morphinomanes, comme le morphinisme et la morphinomanie, forment deux groupes bien séparés, deux habitudes bien distinctes.

Il est nécessaire de distinguer :

1° Les malades qui sont en puissance de maladie chronique s'accompagnant de crises douloureuses aiguës et par suite obligés de recourir chaque jour et plusieurs fois par jour à la morphine ; ce sont là les morphinisés.

2° Les malades qui atteints primitivement de maladie chronique, aujourd'hui complètement guérie, persistent sans raison particulière dans les habitudes contractées pendant la maladie.

3° Enfin les malades qui se livrent aux excès de morphine comme d'autres abusent de l'alcool.

Cependant on ne devient pas alcoolique pour prendre un

verre de liqueur de temps à autre ; de même pour les diverses intoxications ; on ne devient *un intoxiqué* que par l'accoutumance et l'habitude au poison que l'organisme est habitué à ingérer ; les divers excitants factices qui relèvent l'organisme surmené, ne deviennent toxiques qu'à la condition de devenir pour la cellule vitale, des accoutumants, des irrésistibles sans lesquels l'équilibre ne peut être établi. Encore plus quand le toxique évolue sur un organisme faible, prédestiné, en véritable état de réceptivité, *in locus minoris resistentiae* pour soutenir le rude combat de la vie.

Mais de même qu'on peut être un alcoolique sans être pour cela un dipsomane, on peut présenter tous les signes de l'intoxication morphinique sans être un morphinomane.

L'usage prolongé de la morphine entraîne un empoisonnement chronique ; mais comme nous l'avons dit plus haut, ce qui caractérise la morphinomanie c'est l'irrésistible désir d'abuser de cet alcaloïde comme stimulant et comme tonique ou comme agent producteur d'une sensation particulièrement agréable dite « euphorie ».

Les morphinisés forment une classe d'individus qui se font des piqûres de morphine à époques indéterminées, par passion ou par thérapeutique et parfois en laissant s'écouler entre chacune un laps de temps considérable.

Les doses faibles du narcotique provoquent chez ces malades une sédation assez durable pour qu'on puisse ne les répéter qu'à des intervalles éloignés ; on peut en général longtemps continuer la même dose sans que diminue sensiblement le bénéfice qu'on obtient dans la sédation des douleurs ; nous avouons qu'il peut arriver que le morphinisé montre une certaine impatience de la piqûre sans toutefois

laisser apparaître le plus léger des symptômes qui composent le cortège tapageur de l'état de besoin du morphinomane ; cela tient ordinairement à un retour offensif de la douleur qui pousse le malade à demander du soulagement, mais il n'y a rien de comparable entre cette impatience très légitime et les sensations que provoquent chez le morphinomane la privation ou le simple retard de la piqûre.

Ce que recherchent les morphinisés, ce qu'ils demandent au narcotique, ce n'est pas une sensation voluptueuse, spécialement agréable ; ils recherchent dans leur injection un adoucissement à leurs souffrances, une suppression de la douleur suffisante pour leur rendre l'existence tolérable.

Ils font un abus prolongé de la morphine, mais ils n'en prennent pas des doses régulières et croissantes.

Ce qui les caractérise, c'est qu'ils ne sont nullement sous l'influence de l'état de besoin sans cesse renaissant et plus impérieux.

Que font-ils en somme ? ils demandent simplement à la morphine l'appoint qui leur manque comme d'autres en pareil cas pourraient s'adresser à un autre poison, par exemple l'alcool ou l'absinthe, afin de voir se produire en eux le coup de fouet stimulant qui leur est nécessaire pour soutenir leur énergie défaillante : les morphinisés sont donc des morphinomanes par intermittence ; mais les malheureux sont dans une position essentiellement critique et engagés sur une pente glissante au possible. Ils viendront tôt ou tard grossir le rang des autres ; c'est une affaire de temps ; ils jouent avec le feu, car les piqûres deviennent de plus en plus rapprochées jusqu'au jour où, pour une cause thérapeutique ou d'ordre moral, l'état de besoin soit constitué. Le morphinisé est alors un morphinomane.

Beaucoup de morphinomanes restent longtemps des morphinisés, ne se piquant qu'à intervalles plus ou moins éloignés ; ce sont les morphinomanes hésitants ; ils restent pendant un certain temps dans ces limites ; les uns, ils sont rares, s'y maintiennent indéfiniment ; les autres, et c'est la majorité, se lancent à corps perdu dans l'abîme ; vienne un choc d'ordre physique ou moral, la frontière de la morphinomanie est traversée ; le pas de la porte est vite franchi ; en général on reste rarement sur le seuil de la porte ; et celle-ci une fois fermée ne se rouvre que difficilement.

Tant que la piqûre n'est pas devenue un besoin vital, un besoin quotidien, on ne peut considérer l'individu comme un morphinomane ; les morphinisés constituent, si nous pouvons nous exprimer ainsi, une pépinière morphinique ; ils préparent le terrain et l'ensemencent ; la morphinomanie pourra s'y développer à l'aise ; celle-ci devient un besoin de prendre de la morphine, compliqué de la nécessité d'en augmenter indéfiniment la dose ; elle cesse d'être un plaisir ; tandis que le morphinisé était un gourmet qui dégustait largement les aliments et jouissait d'un estomac normal qui lui procurait une digestion heureuse, le morphinomane n'est plus que l'affamé, atteint de boulimie, qui mange pour calmer sa faim sans cesse renaissante et un appétit de plus en plus vorace.

Pour nous résumer, nous dirons que tout morphinomane est appelé à présenter un jour des signes de morphinisme chronique, mais que l'intoxication lente peut aussi se produire en d'autres circonstances fort différentes : par exemple, un individu que les douleurs aiguës ont contraint pen-

dant des mois ou des années à subir des injections de morphine, peut présenter des symptômes d'intoxication lente ; il n'est pas pour ce seul fait un morphinomane ; mais que ce sujet au lieu de se contenter de doses strictement nécessaires pour calmer sa douleur, cherche à se procurer en plus la sensation d'euphorie bien caractéristique, qu'il poursuive avec obstination dès que lui échappe ce bien-être spécial que procure l'injection, qu'il ne puisse plus s'en passer, c'est alors que nous affirmerons qu'il sera devenu un morphinomane.

Il pourra d'ailleurs, alors que sa passion pour la piqûre sera devenue irrésistible, ne présenter aucun signe d'empoisonnement lent ; ce qui caractérise sa maladie, c'est le besoin impérieux et progressivement répété de reproduire par la morphine cet état d'euphorie qui lui est de venu indispensable ; ce besoin n'est pas inhérent à l'usage seul de la morphine ; il a sa raison d'être dans le sujet lui-même.

La morphinomanie est donc une maladie indépendante, ayant sa physionomie propre ; mais de même que la dipsomanie conduit à l'alcoolisme, de même la morphinomanie amène inévitablement au morphinisme ; cependant comme nous l'avons déjà dit, il y a une forte différence : la dipsomanie est par elle-même une chose intermittente ; le besoin de boire n'existe pas continuellement chez le dipsomane ; c'est là une maladie que l'on peut considérer comme presque incurable ; elle ressemble étrangement par ce côté aux diverses névroses qui sont caractérisées par ce fait que les crises reviennent par accès ; mais si l'on considère la morphinomanie, l'on voit qu'elle est une névrose continue. En effet celui qui en est atteint a toujours besoin de son stimulant

habituel, et par cette raison même il est possible de le guérir de sa passion. De même les ivrognes qui chaque jour consacrent à Bacchus et se mettent en état d'ivresse, peuvent être guéris de leur penchant, mais les dipsomanes au contraire ne peuvent être l'objet d'aucune cure efficace.

CHAPITRE IV

TABLEAU DU MORPHINOMANE

Quel triste tableau que celui du morphinomane ? C'est celui d'un individu qui en est arrivé à la déchéance complète de toutes ses facultés, et qui par ce fait même est devenu un être inutile, un danger pour la société.

Quand on rencontre un morphinomane, l'attention est immédiatement attirée sur lui par son apparence, son aspect général. Sa démarche sera celle d'un homme ivre, d'un automate ; elle sera hésitante, il semblera poussé par le vent ; ses yeux seront fatigués, cernés, les pupilles seront contractées et paresseuses à réagir à la lumière.

Petit à petit il ne vit plus que pour satisfaire sa passion, ne reculant devant rien pour se procurer du poison, s'infligeant toutes sortes de bassesses ; aussi il ne tarde pas à entrer dans la période de cachexie. Pâle, le facies terreux, les yeux hagards et éteints, souvent d'une maigreur effrayante, les traits tirés, le visage rempli de rides profondes, le corps couvert d'abcès et de furoncles, privé souvent de tout sens moral, machine vieillie devenue inerte, ne retrouvant d'activité que sous l'action de doses énormes de toxique, il succombe à la cachexie ou à une affection intercurrente, à moins que dégoûté de la vie et de lui-même, il ne termine ses jours par le suicide.

Au début il a joui de son poison ; il en a éprouvé du bon-

heur et de la satisfaction ; quand il venait de faire une piqûre il était un tout autre homme qu'auparavant ; il vivait dans un monde idéal où il ne trouvait ni les déboires, ni les rivalités, ni les veuleries de celui-ci.

De bonne heure se produisent les phénomènes d'intoxication. Le sens génésique est vite perdu ; des troubles digestifs apparaissent et sont accompagnés de sécheresse de la bouche, de nausées et d'inappétence ; la mémoire fait défaut, la voix souvent devient rauque, l'insomnie rebelle ; le caractère s'aigrit, le malade est impressionnable, de mauvaise humeur ; il a de la tendance à rester blotti, comme engourdi ; il ne pense plus qu'à lui, et se désintéresse de tout ce qui ne se rapporte pas à lui.

De bonne heure se manifestent une inertie morale absolue, une absence de volonté et un égoïsme complet.

Le morphinomane a un « besoin vital » de morphine : celle-ci est pour lui un aliment indispensable à son existence. Les éléments de son système nerveux, imprégnés de toxique et accoutumés à son concours, ne peuvent plus entrer en plein exercice que sous son influence et souffrent de sa diminution, comme souffre un malade privé de sang oxygéné et de matériaux primitifs ; la constipation est opiniâtre ; les nuits sont de plus en plus mauvaises. S'il arrive à fermer l'œil, il est réveillé en sursaut par des cauchemars effrayants, accompagnés fréquemment d'hallucinations terrifiantes.

Privé de morphine, le morphinomane éprouve toutes les sensations de l'homme affamé ou mourant de soif.

Sous l'influence de sa piqûre, on le voyait vaquer à ses occupations habituelles ; il pouvait soutenir avec entrain une conversation ; brusquement il devient inquiet, son attention

s'échappe, il renonce à sa tâche et donne les signes d'une irritation ou d'une anxiété sans cesse croissantes. Triste, morose, il repose dans un coin, dans un état de demi-somnolence, fixant de temps à autre les personnes qui l'entourent d'un œil atone qui trahit l'abrutissement,

Les malheureux, empoisonnés par cet alcaloïde de l'opium, cherchent dans l'étourdissement par la morphine un remède à tous les découragements, à leurs contrariétés de famille, comme à leurs déboires dans les entreprises commerciales, industrielles ou autres.

De même que celui qui se trouve sous l'empire de l'alcoolisme, raffermit par la goutte d'eau-de-vie du matin ses membres agités de tremblements involontaires, et essaie de chasser loin de lui les affreux cauchemars et les terribles hallucinations qui l'ont accablé durant toute la nuit, de même le morphinomane cherche à calmer les mouvements désordonnés de ses membres par une nouvelle dose de son médicament favori ; c'est par une nouvelle dose de poison que ce malheureux cherche à combattre le triste état qu'il doit en partie à lui-même, lorsque la dépression morale unie au malaise corporel qui persiste après l'élimination de la morphine, lui permet de se rendre de nouveau compte de sa situation désespérée et de sa décrépitude aussi bien morale que physique ; dans ce cas, la dépression morale est analogue à celle qui suit l'ivresse alcoolique ; malheureusement les moments pendant lesquels l'existence de ces malades est supportable sans l'influence de la morphine deviennent de plus en plus courts, et le besoin de recourir à cet agent devient de plus en plus impérieux ; le cercle vicieux dans lequel ces

individus se meuvent s'est bientôt rétréci au point qu'il leur sera impossible de résister plus longtemps au mal qui les mine.

Comme nous l'avons dit plus haut, le morphinomane se rend compte lui-même de sa déchéance ; il a honte de lui, et il vient demander au médecin de le guérir ; mais ce désir de guérison est-il bien sincère ; n'est-il pas occasionné par un accès de tristesse et de remords, ou par les difficultés croissantes qu'il a à renouveler sa provision de morphine ; ce n'est souvent qu'une ébauche de vouloir et vouloir rechercher la sincérité chez un tel individu paraît une témérité ; un tel élan, un tel désir de revenir dans la bonne voie n'est malheureusement souvent qu'un sentiment passager qui cédera devant le moindre obstacle ou la plus légère douleur.

Fréquemment, le morphinomane essaie d'abord de se guérir lui-même ; pendant quelques jours il essaie de rationner sa dose quotidienne, de supprimer plusieurs injections ; mais bientôt il perd courage, et devant le retour offensif de ses souffrances, il n'hésite pas à revenir à une dose encore plus forte que celle qu'il voulait diminuer auparavant.

Qu'arrive-t-il ensuite ? Ce morphinomane, dans une nouvelle crise, après avoir en vain essayé de se guérir lui-même, s'adresse à un médecin pour suppléer à sa volonté impuissante.

Celui-ci souvent tente de renouveler à domicile la même diminution progressive des doses quotidiennes de morphine ; presque toujours cette nouvelle tentative échoue piteusement devant les tromperies d'un malade insuffisamment surveillé par les siens.

Las de ces tentatives infructueuses, il commence à se rendre compte que sa cure présente des difficultés qu'il ne soupçonnait pas ; il s'adresse alors à une maison de santé ou entre dans un hôpital ; et c'est là seulement qu'il peut être soumis à un traitement vraiment sérieux.

CHAPITRE V

MÉDICATION. — LA MÉTHODE SUBSTITUTIVE

Le principe de cette méthode consiste essentiellement à supprimer d'une façon progressive la morphine, et à la remplacer par une autre substance ou par l'agent que l'on juge le meilleur ; une fois que le sujet a éliminé toute la morphine prise antérieurement, et que l'on est arrivé à un sevrage complet, il reste une seconde cure à faire, il faut supprimer la substance qui a été substituée au toxique primitif ; l'on est donc en présence de deux traitements successifs, de deux sevrages ; nous dirons de suite qu'une telle méthode ne présente aucun avantage et qu'elle expose à de nombreux et graves accidents.

Le problème consiste à supprimer le stimulant auquel l'organisme s'est habitué et qui lui est devenu nécessaire pour son maintien et son fonctionnement, en le remplaçant au moment du besoin par un autre médicament possédant lui aussi la propriété de réveiller l'activité nécessaire à la circulation et de rendre aux divers tissus vivants leur aliment indispensable.

Cette méthode a le grand inconvénient d'habituer l'organisme à une nouvelle substance qui petit à petit crée une seconde intoxication ; le proverbe italien : *un diavolo caccea l'altro* — un diable en chasse un autre, n'est pas applicable ici, car l'expérience nous apprend qu'on voit souvent deux

diables cohabiter chez un même individu et se prêter un mutuel appui ; il ne faut donc pas croire que l'on guérira un morphinomane par ce mode de traitement ; on substituera une intoxication à une autre, ou bien l'on en ajoutera une nouvelle, rien de plus ; nous rejetterons d'emblée une telle médication.

En première ligne, des agents proposés pour remplacer la morphine et habituer peu à peu l'organisme à la privation nous citerons les injections d'eau pure ; certains médecins ont conseillé de faire ces injections à l'insu du malade ; c'est là une méthode absurde ; celui-ci doit avoir une parfaite connaissance de son traitement ; en substituant frauduleusement un liquide privé de toute propriété active à une solution renfermant des principes médicamenteux, on s'expose à irriter le malade ; on perd aussitôt sa confiance et on le prive de tout le fruit d'un long traitement ; c'est une aberration de croire que le morphinomane ne s'en apercevra pas ; quand il est en état de besoin, il ne se laissera pas prendre à un subterfuge aussi enfantin et il saura bien le dire et se soustraire à toute velléité de continuation de traitement ; le médecin a devant lui un individu tout à fait spécial, essentiellement susceptible et très méfiant ; la morphine est pour lui un aliment aussi nécessaire que le pain ; il compte sur cet aliment et son organisme le réclame d'une façon impérieuse ; on ne satisfait pas la faim d'un affamé en lui contant des histoires ; quand on fait des injections d'eau à un morphinomane à son insu, on le précipite dans la récidive et fatalement il enlève à son médecin toute la confiance qu'il lui avait donnée pour retourner à sa déplorable passion.

Il n'en est pas de même quand on pratique ces injections

avec le consentement du malade ; il est certain que par le fait même de la piqûre le malade ressent un certain bien-être, certainement très vague et ressemblant de très loin à la sensation spéciale d'euphorie que ne manque jamais de produire la morphine ; nous croyons fermement qu'il s'agit dans tous ces cas d'une action purement psychique et sous la dépendance de l'imagination ; la sensation de jouissance passagère est produite seulement par la piqûre elle-même, par l'aiguille entrant en contact avec les tissus sous-dermiques.

Se basant sur le goût amer de la morphine, l'on a encore essayé d'ajouter à l'eau des substances pouvant donner une sensation d'amertume à peu près égale à celle que procure la morphine, comme par exemple le sulfate de quinine ; mais ici il manquera la sensation de bien-être, d'euphorie, et cette déception qu'aura le morphinomane lui prouvera amplement la supercherie dont il vient l'être l'objet et ne fera que redoubler son irritation et sa défiance.

On a encore préconisé comme succédanés de la morphine un grand nombre de substances comme l'alcool, le café, la paraldéhyde, l'apomorphine, le chloral, la vanilline, la pilocarpine ; mais ces divers médicaments sont pour la plupart non seulement insuffisants mais encore nuisibles ; ils produisent des troubles qui leur sont particuliers et viennent se surajouter aux inconvénients de la morphine, sans les atténuer en aucune mesure.

Mais de toutes les substances proposées, celle que nous considérons comme la plus dangereuse et que nous voulons bien mettre en évidence, c'est la cocaïne ; elle a été longtemps en honneur parmi les partisans de la médication substitutive ;

ce fut même un véritable engouement lorsque pour la première fois Bentley eut la fâcheuse idée de l'employer ; Obersteiner indiqua une technique spéciale pour le mode d'administration de cette substance ; mais remplacer une intoxication par une autre encore plus redoutable, rendre cocaïnomane un morphinomane, c'est la pire des médications, c'est un véritable crime thérapeutique ; la cocaïnomanie produit un empoisonnement beaucoup plus grave que la morphinomanie ; ses effets sont plus pernicieux que ceux de la morphine ; en effet elle détermine dans la sphère psychique des troubles fonctionnels très accentués et d'une grande gravité ; ce sont le délire, des hallucinations terribles, une perte de mémoire qui peut devenir vite complète, et même une certaine inconscience de la personnalité ; ce n'est pas tout ; du côté de la sensibilité de la périphérie du corps, l'on note d'autres troubles comme des zones d'analgésie, des troubles inhibitoires des organes de la vue et de l'ouïe ; on peut aussi voir se produire dans le domaine de la motricité une hyperexcitabilité musculaire intense, des convulsions et jusqu'à des attaques épileptiformes.

Enfin on a proposé l'emploi des préparations d'opium ou des alcaloïdes de l'opium comme la codéine. Guimbail recommande le phosphate de codéine qui lui a donné de bons résultats, car il calme l'éréthisme nerveux de l'abstinence, sans laisser à sa suite la sensation de lourdeur bien spéciale provoquée par la morphine.

La belladone, en raison de son antagonisme préjugé avec l'opium, a été aussi préconisée ; à la suite de l'administration de belladone ou de son alcaloïde l'atropine, l'on a noté une action souvent très nette sur la pupille ; la mydriase remplaça

la myosis de la morphine, mais les souffrances de l'abstinence furent loin d'être calmées.

Nous conclurons, en rejetant de la façon la plus énergique, comme éminemment dangereuse, toute tentative de traitement de la morphinomanie par la médication substitutive.

CHAPITRE VI

SUPPRESSION LENTE

Nous arrivons ici à un mode de traitement bien différent ; cette méthode, qui est la plus ancienne de toutes les méthodes de traitement de la morphinomanie, est encore appelée « méthode française » par Pichon.

Elle consiste à diminuer chaque jour d'une très petite quantité (un à trois centigrammes) la dose de morphine injectée la veille, en tenant compte de l'intensité des phénomènes d'abstinence qui se produisent ; plus ils sont violents et pénibles, plus la diminution dans la dose à administrer doit être faible, et aussi plus la cure se prolonge.

Avantages. — Le malade n'est pas soumis à une surveillance constante et peut organiser son existence à sa guise.

Il ne faut pas d'installation spéciale et le traitement peut être suivi partout, chez le médecin, à domicile ou dans une maison de santé ; cette méthode offre donc le grand avantage de pouvoir être appliquée n'importe où, même dans la famille du malade ; en province, à la campagne surtout le médecin adoptera avec facilité cette méthode ; de plus les symptômes d'abstinence morphinique seront réduits à leur minimum et il faut avouer avec la plupart des auteurs que c'est là un avantage très appréciable.

Inconvénients. — Si cette méthode a certains avantages,

elle a des inconvénients nombreux qui la rendent pour ainsi dire illusoire.

D'abord, ce mode de traitement pour arriver à la suppression totale du poison demande un temps considérable ; quand on l'entreprend, il faut toujours compter sur un laps de temps pouvant varier entre un et trois mois ; donc ce que l'on peut en premier lieu le plus reprocher à cette méthode, c'est sa longueur et par suite son incertitude ; du moment où le but principal est la suppression radicale de la morphine, nous devons rejeter *à priori* toute méthode qui ne garantit pas le succès le plus complet et d'une façon certaine.

En effet, il n'est pas rare de rencontrer des morphinomanes invétérés et adonnés à leur funeste passion, depuis nombre d'années habitués à s'injecter quotidiennement sous la peau jusqu'à un, deux centigrammes et même plus de morphine ; dans ces cas, l'on voit donc que la guérison ne pourra être obtenue qu'au bout d'un temps fort long ; le traitement va durer des semaines, des mois.

Au premier abord, il semble inutile d'imposer au malade un traitement de si longue durée pour réduire à zéro la dose de poison absorbée antérieurement ; il faut être certain qu'il possède une rare volonté, une énergie telle qu'elle pourra surmonter les nombreuses difficultés qui ne manqueront pas de se produire et même à certains moments de se multiplier.

Les morphinomanes capables d'une telle constance d'énergie sont très rares, si bien qu'en face de tels malades l'on est en droit de se demander s'ils n'auraient pas fait un meilleur usage d'une telle puissance de volonté en s'astrei-

gnant à un traitement plus énergique, comme par exemple la suppression brusque ou tout au moins rapide.

De plus il ne faut pas croire qu'avec la suppression lente le malade est complètement à l'abri de tout accident grave habituel de la période d'abstinence morphinique et de toute menace de collapsus. Loin de nous une semblable idée ! Il est évident qu'il est moins exposé à ces menaces et que ces accidents sont d'un pronostic moins sombre ; ils revêtent généralement, quand ils apparaissent, une forme bénigne et sont le plus souvent de courte durée.

Nous dirons donc qu'avec la suppression lente le malade n'évite aucun des symptômes de la suppression brusque et que ce qu'il gagne par la faiblesse des symptômes, il le perd par leur durée et leur prolongation.

L'on a soutenu à un moment donné que le malade supporte plus facilement les symptômes d'abstinence dans la méthode par suppression lente ; c'est une erreur avérée ; cela a pu être vrai une fois par hasard, mais d'un fait isolé et heureux l'on n'est pas en droit de tirer une conclusion immédiate et définitive.

C'est la longue durée des symptômes d'abstinence, qui, d'abord peu marqués, deviennent de plus en plus aigus au fur et à mesure que l'on diminue graduellement la dose du poison, qui irrite, dégoûte et épuise le patient ; nous ne saurions trop insister sur ce point ; et ceux qui ont dit qu'en général l'organisme supporte avec plus de facilité les dérangements faibles et de longue durée que les troubles violents, mais courts, se sont trompés ; une pareille thèse est difficile à admettre.

Avec la suppression lente, ce qui est à craindre c'est le

découragement profond qui empoigne de bonne heure le malade ; les premiers jours il est animé des meilleures intentions ; il répète à satiété au médecin qu'il veut guérir ; il ne recule pas devant les promesses les plus engageantes et les plus concluantes, mais le malheureux ne compte pas suffisamment avec son tyran, qui, lui, cherchera par tous les moyens à le maintenir dans ses griffes ! Qu'il survienne quelques symptômes d'abstinence, même légers, le médecin qui les note est obligé de céder, de retarder la suppression progressive irrégulière, de retourner en arrière ; de plus, ces symptômes ne surviennent pas au début le plus souvent ; il est à remarquer qu'ils surviennent fort souvent à la fin, quand il s'agit de supprimer les derniers centigrammes ; si bien que ces accidents, tant atténués soient-ils, se produisant à un moment où la volonté du malade est hésitante et chancelante et où il aurait au contraire besoin d'un surcroît de force et d'énergie, font précipiter les événements et ouvrent tout grand le gouffre qu'est la récidive ; à ce moment le malade, qui vient de fournir un effort de volonté tout à fait inhabituel, se révolte contre la moindre douleur, contre le plus léger malaise, et alors le bénéfice de toute une longue cure est définitivement et irrémédiablement perdu en une seule journée de découragement.

Enfin, avec la suppression lente, le malade ne peut pas être soumis à une surveillance active ; souvent il pourra se procurer de la morphine ; il est dur de se passer de la piqûre habituelle, et à moins d'avoir un caractère fortement trempé, ou pour mieux dire un caractère exceptionnel, il est fatalement impossible à un morphinomane ayant toute possibilité de se morphiniser de ne pas suivre son impérieux pen-

chant. De plus, si l'on admet qu'il a été soumis à un internement, dans une maison de santé par exemple, et qu'il a été complètement démorphinisé, il est impossible de le surveiller pendant sa convalescence ; or quand un morphinomane est guéri de sa passion de se faire des piqûres, il n'est pas encore guéri ; le traitement est loin d'être terminé ; il reste une dernière étape à franchir et celle-ci est encore hérissée de nombreuses difficultés ; la période de convalescence exige encore une surveillance étroite, il est nécessaire de s'entourer à l'égard du morphinomane des multiples précautions qui préviennent une rechute, quand le malade sera rendu à lui-même et jouira d'une liberté relative.

A peine les derniers centigrammes de morphine supprimés, il se croit guéri d'une façon définitive et s'il a séjourné pendant son traitement dans une maison de santé, il aspirera à en partir au plus vite ; il voudra reprendre sa vie antérieure et se remettre à la direction de ses affaires ; mais il n'aura pas eu le temps suffisant pour s'habituer à vivre sans morphine ; pour peu qu'il survienne chez lui quelques malaises, ou qu'il ait quelques chagrins à surmonter, il récidivera. Bien plus il aura perdu confiance en lui-même et il en arrivera vite à avoir le plus profond mépris pour le traitement qu'il aura si longtemps suivi.

Pour terminer cette critique, nous concluons en disant que les rares malades qui ont été guéris d'une façon définitive par la suppression lente l'auraient été bien plus sûrement encore et à beaucoup moins de frais et avec moins de souffrance avec la suppression, sinon brusque, mais au moins rapide.

Voyons maintenant comment ont l'habitude de procéder

les médecins qui adoptent ce mode de traitement : la plupart, et ce sont les plus raisonnables, ont adopté les préceptes pleins de sagesse qu'a recommandés Grasset dans un article paru dans le *Bulletin médical* en 1888. En effet, Grasset conseille de diminuer en même temps le nombre des injections et la quantité de morphine qu'elles contiennent, c'est-à-dire d'abaisser le titre de la solution ; les dernières piqûres à supprimer doivent être celles du réveil, celles qui précèdent le principal repas et celles de la nuit. Nous croyons que le médecin qui entreprend un tel traitement doit, avant de commencer, avoir étudié à fond son malade, car pour bien savoir les injections qui sont le plus nécessaires, il est indispensable de connaître les causes qui ont rendu le malade morphinomane ; il nous semble qu'un examen étiologique de détail est très utile ; par exemple, il est évident que chez un individu atteint d'une gastralgie, on devra respecter surtout l'injection qui précède le repas ; chez un sujet atteint d'insomnie, ce sera celle du soir ; en effet, que deviendrait le malade sans sa piqûre ! il ne pourrait ni toucher au moindre mets, ni goûter une heure de sommeil.

Nous avons dit que l'on devait en même temps diminuer la quantité de morphine de chaque injection ; certains médecins commencent même par là, avant de diminuer le nombre des piqûres. Nous croyons que c'est là une façon de procéder très recommandable, car ainsi on ne décourage pas le malade ; de plus, cette tactique sera très indiquée surtout chez ceux que nous avons dénommés dans un précédent chapitre « les passionnés de la piqûre ».

Ce qu'il faut avant tout, c'est ne pas tromper le malade, car il s'aperçoit rapidement de la supercherie, les sensations

qu'on éprouve après une injection de morphine étant très caractéristiques ; que fait le médecin en agissant ainsi ? il irrite le malade, il perd sa confiance, ce qui est aller directement à l'encontre du but à atteindre ; un médecin qui n'a pas la confiance complète du morphinomane dont il entreprend la cure n'a aucune chance de mener celle-ci à bonne fin.

En résumé, cette méthode a pu donner d'excellents résultats chez des individus affaiblis, épuisés, atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, d'ataxie locomotrice, et chez les femmes nerveuses présentant un degré d'excitabilité très prononcé ; elle a enfin été suivie de guérison complète dans les cas où la morphinomanie, au lieu de dépendre d'un goût pour ainsi dire vésanique, a pris naissance à la suite de souffrances très vives chez des individus bien équilibrés et doués d'une puissance de vouloir suffisante.

CHAPITRE VII

LA SUPPRESSION RAPIDE

Cette méthode, que Erlenmayer a fait sienne et a préconisée dès 1883, est en somme une méthode éclectique, où l'on veut essayer de remédier aux inconvénients de la suppression lente et de la suppression brusque ; mais en réalité elle n'échappe à aucun de ces inconvénients et les récivives sont aussi nombreuses que celles qui se produisent avec la suppression lente ; il faut reconnaître que souvent les symptômes de l'abstinence morphinique sont moins prononcés que dans la suppression brusque ; mais peut-on dire que l'on en est à l'abri d'une façon certaine ?

Comme la suppression brusque, cette méthode exige le séjour du malade dans un hôpital ou dans une maison de santé ; il faut qu'il soit surveillé d'une façon constante, et cette surveillance de tous les instants est nécessitée par les tentatives de supercherie dont les auteurs nous ont laissé nombre d'exemples curieux ; le malade doit être isolé des siens qu'il ne peut plus tyranniser par les éclats de sa colère, ou tromper par ses artifices et ses supplications ; ce n'est qu'alors qu'il se sent forcé, pour ainsi dire, de se soumettre à une volonté plus forte que la sienne.

Nous dirons que cette méthode est appelée à suppléer la méthode par suppression brusque dans certains cas où le malade est affaibli, quand il est atteint de lésions cardio-pulmonaires.

Erlenmayer a posé les principes de cette méthode. Il met d'abord le morphinomane en observation pendant quelques jours pour bien se rendre compte de la quantité de toxique absorbé ; puis il lui supprime brusquement la moitié de cette dose ; à ce moment, si le malade doit ressentir les phénomènes graves de l'abstinence, il les éprouvera avec autant de rigueur et de violence que si on lui avait supprimé complètement son toxique habituel. Il y a des malades qui montrent une grande susceptibilité à toute diminution de leur dose quotidienne de morphine.

Les défenseurs de la suppression rapide maintiennent pendant quelques jours cette dose diminuée du poison ; puis à une deuxième reprise, quand l'organisme s'est habitué à cette dose, ils la diminuent encore de moitié, et ainsi de suite par moitié jusqu'à l'obtention d'une dose ultime assez faible pour que l'on puisse la supprimer sans danger.

Mais le fait important c'est d'arriver à cette dose suffisamment minime ; la cure n'est qu'une succession de suppressions plus ou moins considérables de morphine : à chaque passage d'une dose à une autre le malade peut voir se produire les mêmes symptômes graves de l'abstinence ; peut-on affirmer que les souffrances seront moins aiguës et moins longues ; certainement non.

Nous dirons même que le malade doit se lasser très vite et pour peu que l'on ait assisté à plusieurs cures de démorphinisation. l'on se représente facilement dans quel état d'agitation et d'appréhension pour le lendemain doit être le morphinomane qui par exemple en est arrivé à son deuxième ou troisième stade de la suppression ; il vient de subir des souffrances plus ou moins violentes à chaque diminution,

et la perspective d'une nouvelle diminution pour le lendemain avec tout son cortège de nouvelles souffrances doit être loin de lui donner la force d'énergie et la puissance de volonté nécessaires pour mener une cure à bonne fin ; il se découragera vite, et la peur de souffrir une nouvelle fois le fera renoncer de bonne heure à toute continuation de traitement.

Le morphinomane comme nous l'avons dit est un être chez qui la force de vouloir manque complètement, et pour peu qu'il ait accusé au moment du passage à une dose moindre une recrudescence même minime de l'état de besoin de morphine, le traitement sera irrémédiablement compromis et tout sera à recommencer.

Vaut-il mieux souffrir d'une façon aiguë pendant quelques jours ou vivre pendant une ou deux semaines dans un état de malaise et d'énervement ne laissant que peu de repos ? Il est certain que les morphinomanes sont comme la plupart des malades ; ils veulent guérir dans le plus bref délai, et ils préfèrent souffrir davantage pendant un temps très court que de voir prolonger et réveiller, souvent avec une acuité croissante, les souffrances que toute tentative de démorphinisation ne manque jamais de faire subir à l'organisme.

CHAPITRE VIII

DE LA SUPPRESSION BRUSQUE

Edouard Levinstein, directeur de la maison de santé de Schœneberg-Berlin, a rapporté un grand nombre d'observations de guérisons radicales par la suppression brusque de la morphine ; après de longues études cliniques et expérimentales, faites non seulement sur les hommes, mais aussi sur les animaux, il conclut que le traitement de la morphinomanie consiste surtout dans la suppression de la morphine, et que la suppression brusque doit être préférée à tous les autres modes de suppression ; le docteur Lutaud, après avoir traité un nombre considérable de morphinomanes par diverses méthodes, se prononce aussi en faveur de la suppression brusque.

Il est incontestable qu'avec cette méthode les symptômes les plus graves sont surmontés au bout de deux à trois jours, tandis que dans la suppression lente, et même dans la suppression rapide les malades souffrent des semaines entières sans qu'un seul des symptômes leur soit épargné ; sans doute ils sont souvent plus accusés, mais en revanche ils durent peu de temps.

Ball démontre avec de nombreux détails que la chirurgie et la gynécologie prouvent que l'organisme en général supporte des assauts brusques et vigoureux alors même qu'ils agissent avec la dernière violence, plus facilement que lors-

qu'on les fait traîner en longueur ; de plus nous dirons que le temps très long qu'exige le traitement graduel ou lent met bien plus à contribution les forces physiques et morales, car chaque nouvelle dose plus petite que la précédente, provoque de nouveaux phénomènes de réaction. Quand on diminue la dose journalière au lieu de la supprimer brusquement, on voit le plus souvent survenir des phénomènes analogues à ceux que donne l'abstinence totale, mais avec une moins grande intensité ; les effets varient selon le tempérament du sujet ; ceci démontre que la méthode brusque est préférable, car si la suppression produit des effets analogues, à quoi bon prolonger ces phénomènes graves et inquiétants ?

La crainte continuelle dans laquelle vivent les malades de recevoir le jour suivant une plus faible dose de morphine, les rend plus agités et plus excitables ; leur volonté pour la terminaison de la cure et leur énergie diminuent et ils cherchent à se soustraire au traitement ; c'est alors que les malades simulent la souffrance, tâchent d'exciter la compassion de leur entourage, intriguent auprès du personnel, et bientôt ils perdent confiance en eux-mêmes ainsi qu'en leur médecin.

Tous les morphinomanes ont essayé à un moment donné de leur intoxication, dans un généreux désir de guérir, de supprimer ou tout au moins de diminuer leur dose de poison ; ils se rendent compte de l'état de déchéance misérable auquel ils en sont arrivés et deviennent honteux d'eux-mêmes ; mais ils savent, pour les avoir en partie éprouvés, tous les symptômes et tous les accidents qui les guettent pendant la période de l'abstinence morphinique ; aussi, quand on emploie une méthode qui diminue graduellement

la morphine, tous ces accidents douloureux ne manqueront pas de se produire, et, si par malheur, ce qui arrive souvent, à chaque diminution ils accusent un degré croissant d'acuité de la douleur, ils se refuseront à continuer plus longuement le traitement et récidiveront fatalement.

De plus, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de fixer la dose exacte de morphine que le malade s'injectait quotidiennement ; le médecin sera toujours très embarrassé pour déterminer la dose qu'il doit injecter s'il adopte une méthode de suppression graduelle, qu'elle soit lente ou rapide.

La plupart des morphinomanes ont tendance à exagérer, et si le médecin adopte la dose avouée, il injectera une dose plus forte que celle que prenait antérieurement le malade.

S'il est nécessaire pour le malade d'avoir une grande énergie et une puissante volonté, le médecin est loin d'en être exempt, et il est permis de douter qu'il puisse, dans tous les cas, les conserver suffisamment pendant un traitement qui dure plusieurs semaines ; si l'autorité du médecin diminue ou si sa fermeté fléchit, il sera impossible de mener la cure à bonne fin.

C'est justement le contraire qui arrive quand on emploie la suppression brusque ; comme nous l'avons déjà dit, les symptômes disparaissent au bout de peu de jours et le traitement ne se prolonge pas pendant plusieurs semaines. L'amélioration se manifeste de bonne heure et augmente dans la même proportion la confiance et le désir de guérir du malade ; il reprend courage, et il a foi dans sa prochaine guérison ; de sorte qu'il se soumet plus facilement aux ordonnances du médecin, aux observations de son entourage et il supporte

avec patience et soumission les quelques jours de pénitence.

Nous croyons que toute méthode qui diminue graduellement la morphine n'est pas recommandable ; « plus la frontière » sera passée rapidement, mieux cela vaudra pour le malade ; la suppression brusque est peut-être jusqu'à un certain point un traitement brutal, mais devant des malades pressés de guérir, énergiques, vigoureux, entièrement libres de toute affection cardio-pulmonaire, intoxiqués à un degré moyen, nous pensons qu'on est autorisé et qu'il y a indication à l'employer. En cinq ou six jours le malade a passé la période critique et est entré en convalescence ; le succès est certain si la surveillance a été très étroite.

Avant de commencer le traitement, il faut prendre toutes les précautions que nous avons exposées dans un chapitre précédent ; le malade doit séjourner dans une maison de santé de préférence ; le lendemain de son arrivée on lui supprime brusquement toute injection de morphine, et l'on attend, prêt à intervenir à la moindre menace de collapsus, car c'est l'accident qu'il faut surtout redouter ; le malade doit être surveillé continuellement par des personnes intelligentes, non susceptibles de se laisser détourner de leurs devoirs par des offres ou des promesses de quelque nature qu'elles soient ; on doit s'assurer des portes et des fenêtres, fouiller les effets d'habillement du morphinomane, les fauteuils, les canapés, les coins et les recoins de la chambre où le patient sera logé ; l'existence de la morphine doit être partout suspectée et il est nécessaire de s'assurer que nulle part il n'en existe.

Tout individu, atteint de morphinomanie, qu'il se rende volontairement ou non dans un établissement où il aura à

subir un traitement contre l'empoisonnement chronique dont il se trouve atteint, a soin de se munir d'une certaine quantité de morphine ou d'une ou plusieurs seringues à injection.

Dans cette occurrence, les promesses les plus solennelles, les affirmations les plus positives, sur parole d'honneur ou non, doivent être de nulle valeur pour le médecin.

Celui-ci ne peut se fier qu'à la constatation brutale du fait, car la morphinomanie comme toute autre passion avilit le caractère de l'homme.

Le médecin doit savoir être énergique au moment propice ; si le malade ne se plaint pas et ne gémit pas pendant les premières quarante-huit heures de la suppression, s'il a conservé l'appétit et que sa physionomie reste fraîche, on peut être convaincu que, quelle que soit la sincérité apparente de ses négations, il est parvenu à se procurer de la morphine ; le médecin doit pouvoir rester impassible et sans faiblesse, sourd aux plaintes, aux pleurs et aux cris de désespoir du malade ; ce qui domine chez celui-ci c'est l'obsession de la morphine bien plutôt que le besoin d'une action thérapeutique calmante ; des malades pousseront cette obsession au point de vouloir des injections sous-cutanées de n'importe quel liquide, même en sachant que ce n'est pas toujours de la morphine qu'on injectera ; on leur fait des piqûres sèches souvent, et même des simulacres de piqûre en pinçant légèrement la peau ; cela suffit pour arrêter des douleurs soi-disant intolérables, et pour amener des périodes de calme plus ou moins longues.

C'est surtout le deuxième jour du traitement que l'état de besoin se fait particulièrement sentir ; l'élimination com-

mence ; le malade a des sueurs abondantes ; il éternue constamment, bâille sans cesse ; sa face devient rouge, ses yeux se mouillent de larmes, son nez est le siège d'une abondante sécrétion tandis que sa bouche est sèche, pâteuse, et qu'il est en proie à une soif intense ; des nausées ne tardent pas à apparaître et sont suivies de vomissements le plus souvent bilieux ; le malade accuse une violente douleur au niveau de l'estomac et de l'abdomen ; une diarrhée profuse survient et s'accompagne souvent de coliques et de douleurs de la peau du ventre et du dos.

La face qui au début était rouge, devient pâle, et prend une expression de tristesse et d'inquiétude profonde ; les paupières s'abaissent, les pupilles se dilatent alternativement, ou bien se resserrent, produisant un myosis accentué ; les yeux sont éteints, la vision est abolie, et souvent l'on note de la diplopie.

Du côté de l'ouïe, les oreilles tintent, et un certain degré de surdité se manifeste en même temps qu'apparaissent des vertiges et des bourdonnements très désagréables ; les membres sont le siège d'une tension musculaire assez forte et sont animés de tremblement continuel et saccadé.

Le malade tombe dans une sorte d'hébétude, et est en proie à une vive frayeur et à des hallucinations ; souvent, il est au contraire agité et veut s'enfuir ; il exécute dans son lit avec ses mains tantôt au-dessus ou au-dessous des couvertures des mouvements sans but et automatiques ; il devient loquace, parle d'une façon incohérente, ressent une excitation génésique prononcée et accuse des sensations de brûlure dans les pieds et les mains ; il quitte son lit, va et vient

dans la chambre, s'assied sur un fauteuil duquel il se lève immédiatement pour recommencer sa promenade.

Tous ces divers symptômes sont loin de se manifester chez tous les individus ; en général ils ne revêtent pas une grande gravité et ne méritent pas une thérapeutique spéciale.

Mais ce qui fatigue surtout le malade, c'est l'insomnie absolue qui apparaît dès le premier jour et qui est rebelle à tous les traitements.

Le médecin devra particulièrement surveiller la température et le pouls. Le seul accident grave à redouter est en effet le collapsus ; celui-ci est à craindre quand la température tombe à 36°, et que le nombre des battements artériels descend à 50 ; à ces signes prémonitoires s'ajoutent des douleurs abdominales tellement violentes que le malade ne peut supporter le poids des couvertures ; le pouls est alors devenu petit, irrégulier, donnant cette sensation bien spéciale de fuir sous le doigt ; la respiration est dyspnéique et anxieuse et chaque mouvement respiratoire s'accompagne souvent d'une douleur rétro-sternale très pénible. Le corps se couvre de sueurs froides très abondantes ; des frissons généralisés analogues à ceux d'une infection péritonéale aiguë viennent secouer tout le malade, lui font claquer des dents, et s'accompagnent même d'un certain degré d'algidité. La pulsation cardiaque devient de plus en plus paresseuse, et le malade « se sent partir » ; c'est une syncope qui devient imminente.

De nombreux traitements ont été proposés pour remédier à tous les symptômes que fait apparaître « l'état de besoin » pendant la démorphinisation.

Levinstein en particulier, contre la céphalalgie faisait des

applications froides sur la tête, appliquait des sinapismes sur les membres inférieurs, ou faisait respirer de l'éther ou du chloroforme ; contre les vomissements, il faisait sucer de petits fragments de glace ; en face d'une menace de collapsus il prescrivait des potions ammoniacales, des frictions stimulantes, des fustigations et avait même recours à l'électricité ; pour soutenir les forces et les sensations de défaillance, il prescrivait des toniques, donnait à boire au malade des vins généreux, de l'alcool et surtout du champagne ; quant à la diarrhée il ne la combattait avec raison en aucune façon.

Somme toute, la démorphinisation brusque est loin de présenter dans tous les cas les symptômes graves que bon nombre d'auteurs lui ont attribués ; dans ses causeries familières qu'il faisait chaque matin au lit du malade pendant la visite de son service, notre maître le Dr Florand nous a cité un grand nombre d'exemples de personnes, qu'il eut, parmi sa nombreuse clientèle, l'occasion de démorphiniser ; c'étaient presque toujours des individus dont l'intoxication était ancienne et très accentuée ; à chaque fois il a supprimé brusquement la morphine, et jamais il n'a vu se produire le moindre phénomène grave ; il n'a jamais eu la moindre alerte ni le plus petit ennui ; aucun de ses malades n'a récidivé, et n'a présenté de menaces de collapsus ; il n'a à aucun moment fait de nouvelles injections de morphine et contre l'agitation, l'excitabilité nerveuse, l'insomnie, il prescrivait des bains chauds à 38° pendant une demi-heure ; il se contentait de faire une injection de spartéine dans les cas extrêmes, afin de prévenir le collapsus et toute défaillance du cœur. En présence de telles affirmations et d'une telle expérience, nous nous sommes enthousiasmé, et c'est avec la

plus grande confiance et la plus entière conviction que nous conseillons un tel mode de traitement de la démorphinisation qui a toujours donné à notre maître des résultats aussi probants.

CHAPITRE IX

PRECAUTIONS A PRENDRE, AVANT DE COMMENCER LA DÉMORPHINISATION BRUSQUE

Qu'est-ce que démorphiniser un morphinomane ? Avec Sollier nous dirons que c'est « provoquer chez lui, en déterminant l'élimination du poison qui l'intoxique, une véritable maladie expérimentale qui offre une grande analogie avec ce qui se passe dans une maladie infectieuse ».

Il faut donc conclure que l'élimination de la morphine est absolument comparable à celle d'un principe infectieux quelconque.

Nous affirmons que la morphinomanie est une maladie curable ; elle est plus curable que la dipsomanie, mais elle n'en est pas moins une ennemie assez redoutable pour exiger tous nos efforts lorsqu'il s'agit de la combattre ; il faut s'armer contre elle de tous les moyens que nous fournit la science ; il ne faut jamais lui faire la moindre concession, car le morphinomane qui discute avec son médecin et marchande, est un homme absolument perdu et qui ne guérira jamais si l'on ne fait pas appel à la force pour le contraindre.

En second lieu nous dirons que la démorphinisation à domicile n'est guère souvent possible et rarement suivie de résultats probants et définitifs ; seuls l'hôpital ou la maison de santé offrent des garanties sérieuses d'efficacité.

Il faut un calme moral autour du malade ; son milieu

habituel lui est toujours néfaste ; il faut le plonger dans une atmosphère de tranquillité d'où les soucis, les chagrins, les discussions pénibles sont également bannis.

De plus le médecin doit toujours avoir son malade sous la main et l'observer fréquemment ; c'est là encore une preuve de la nécessité d'effectuer la démorphinisation à l'hôpital ou dans une maison de santé ; des auteurs citent des cas de démorphinisations suivies de succès et de guérison à domicile ; mais on ne cite pas les cas combien fréquents où ces mêmes tentatives de démorphinisation faites au milieu de l'entourage du malade, entourage souvent trop faible ou trop complaisant, ont été suivies de récidives ou de rechutes d'autant plus difficiles à guérir que le malade ayant éprouvé une fois les douleurs de l'abstinence ne se soumet que très difficilement à une nouvelle épreuve.

Donc si les auteurs ont des vues différentes au sujet de tel ou tel mode de traitement, presque tous, pour ne pas dire tous, sont d'accord sur ce point : pour guérir, la claustration est nécessaire et le malade doit aliéner sa liberté et se soumettre complètement au médecin ; la claustration amènera la guérison forcément ; mais une guérison durable, sans récidive, sans rechute, ne pourra être obtenue qu'avec un sujet voulant à tout prix se débarrasser de son poison ; il n'est pas difficile de faire éliminer à un morphinomane enfermé le produit de son intoxication ; le médecin a pour lui la force, mais de là à l'empêcher une fois sorti de l'établissement où il a été traité, de retomber dans son péché favori, il y a loin.

Tous les malades traités dans les infirmeries de dépôt, dans les prisons et dans les maisons centrales sortent démorphinisés ; combien en sortent avec l'intention bien arrêtée de re-

commencer à se morphiniser dès qu'ils en trouveront l'occasion ! On pourra toujours démorphiniser un malade, mais on sera souvent impuissant à le guérir d'une façon durable ; pour cela, il faut qu'il veuille et que sa volonté persiste après la crise plus ou moins longue d'abstinence, pendant la convalescence.

Il faut une grande énergie et une grande fermeté pour résister aux mille incitations que le souvenir des jouissances d'antan ne manque jamais d'exercer pendant les premiers jours qui suivent la sortie de l'établissement où le traitement a été effectué.

L'on peut poser comme principe que l'on ne peut pas guérir un morphinomane malgré lui ; il faut qu'il veuille et qu'il veuille bien, autrement il n'y a rien à faire ; il est bon d'associer le malade à la cure et de l'intéresser au traitement ; il faut avant tout gagner son entière confiance, et dans ce but il ne faut user vis-à-vis de lui d'aucune supercherie ni essayer de le tromper.

Ce qui est absolument indispensable, c'est de connaître exactement la cause du morphinisme ; c'est un côté de la question dont on ne souligne pas suffisamment l'importance ; sans doute tous les morphinomanes se ressemblent comme état symptomatique ; trop souvent l'on ne voit que le poison et ses conséquences chez le malade, et, ne remontant pas aux causes de l'intoxication, l'on ne cherche pas parallèlement à les faire disparaître ; qu'arrive-t-il ? On ne guérit pas le morphinomane, ou si on le guérit, c'est pour un temps très court, et la récidive ne se fait pas attendre longtemps.

Quand on entreprend la cure de la morphinomanie, il faut donc, avant tout début de traitement examiner, soigneuse-

ment et longuement le malade dans son état actuel, et dans toute son histoire antérieure ; à côté du diagnostic de morphinomanie, il faut toujours poser le diagnostic de la maladie qui a conduit à l'abus du poison : en effet, presque toujours une maladie quelconque existe, qu'elle soit grave ou légère, névrosique ou organique ou même mentale. La connaissance de cette maladie préalable est capitale pour l'institution du traitement et fondamentale pour le pronostic.

Ensuite il est nécessaire, avant de soumettre le malade au traitement, de l'examiner minutieusement au point de vue de l'intégrité des appareils circulatoire, digestif, pulmonaire et nerveux ; il est bon de l'interroger sur la dose exacte de morphine qu'il prenait quotidiennement.

En règle générale le pronostic de la curabilité de la morphinomanie est relativement bénin quand elle évolue sur un terrain sain, non prédestiné et qu'elle est le résultat d'une faute thérapeutique ou d'une médication mal dirigée.

Il n'en est plus de même si elle évolue chez un organisme déjà affaibli ou quand elle s'accompagne d'autres intoxications ; le plus souvent il faut incriminer l'état de dégénérescence du sujet, le terrain préparé par de nombreuses tares héréditaires, par une prédisposition toute spéciale qui compliquent la situation et rendent possible à la rigueur une désintoxication, mais douteuse une guérison ferme et durable.

En effet, s'il est un état de besoin primitif, dû à l'abstinence des divers toxiques, qui se montre dès les premiers instants de la suppression et qu'on peut comparer au véritable besoin qui suit la suppression des aliments, il est un autre besoin qui subsiste longtemps après cette suppression : c'est un besoin à longue échéance qui se fait seulement sentir pendant

des semaines et des mois après cessation de toute habitude d'intoxication, et revenant par périodes, semblable à de véritables fringales, à de véritables tentations qui assaillent l'individu.

Combien a-t-on vu de morphinomanes sortir de la maison de santé où ils étaient traités, démorphinisés, mais non guéris, retourner dans les milieux où ils avaient contracté leur passion et récidiver à brève échéance ! Le proverbe « qui a bu, boira » n'est-il pas d'une justesse qui trouve ici son application ? Que d'alcooliques placés dans des conditions d'infériorité par le fait d'une dégénérescence due soit à leurs parents, soit à eux-mêmes grâce au genre de vie qu'ils mènent, sont incapables de réagir contre le besoin de boire !

Pendant la convalescence, il faut distraire le malade par tous les moyens possibles, l'intéresser à ce qui l'entoure, lui faire prendre goût à des choses qu'il n'avait même pas soupçonnées avant son intoxication, ou le ramener insensiblement à ces mêmes choses qu'il avait délaissées pour se morphiniser ; lui faire comprendre que l'activité physique et intellectuelle est le seul remède contre la récidive qui le guette et lui faire entrevoir la déchéance morale dans laquelle il était tombé. Il est bon de flatter son amour-propre, en lui montrant ce qu'il a pu faire avec sa volonté, lui donner une confiance nouvelle en lui-même, lui inspirer l'horreur des milieux où il a contracté sa funeste passion et combattre les causes qui l'ont poussé à la morphinomanie ; c'est donc un véritable rôle moral que doit remplir le médecin près de son malade pendant la convalescence ; c'est lui assurer une guérison dont la démorphinisation n'a été que le premier stade.

Le travail semble donc indiqué pour prévenir le retour

offensif d'une récidive ; vaincre son inertie intellectuelle sera le premier effort que devra fournir le convalescent en sortant de sa cure ; il devra exercer sa volonté, apprendre à vouloir : en étudiant les causes nous avons vu l'influence de l'ennui et des chagrins ; traiter ces causes pendant la convalescence, c'est prévenir le retour des rechutes que le malade pourra éviter avec du jugement et de la volonté ; aussi avec de nombreux médecins, nous conseillons un long voyage pendant la convalescence, car c'est là le meilleur moyen de soustraire le malade à son milieu habituel et de lui laisser entrevoir la possibilité d'une vie nouvelle et mieux ordonnée.

OBSERVATIONS

Observation 1 (personnelle).

Mme G. H..., 29 ans, sage-femme. Aucun antécédent héréditaire qui puisse faire conclure à une certaine prédisposition ; la malade avant d'être une morphinomane a d'abord été une morphinisée ; en effet en 1903 dans le mois de juin, elle a une attaque violente d'appendicite avec forte réaction péritonéale ; elle est amené à l'hôpital de la Pitié ; pour permettre ce transport M. Auclair, médecin des hôpitaux, prescrit une injection de un quart de la seringue de Pravaz de la solution de morphine au cinquantième ; la malade montre de suite une grande susceptibilité et aussitôt elle est calmée ; ses douleurs abdominales qui étaient atroces deviennent soudainement supportables et le transport à l'hôpital se fait sans aucun accident ; une fois à l'hôpital, la malade encore sous l'effet de son injection de morphine qui lui fournit une sédation presque complète de ses souffrances, passe une bonne nuit ; l'opération est décidée, mais comme les symptômes ont tendance à diminuer et que les jours suivants l'état général devient meilleur, le chirurgien préfère attendre afin d'opérer la malade « à froid ». Six semaines environ après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire en août 1903, l'opération est effectuée dans d'excellentes conditions. La malade a très bien supporté la chloroformisation, mais le soir et le lendemain elle a des vomissements et des nausées qui se reproduisent fréquemment ; de plus elle a une insomnie rebelle et devient très agitée ; une piqûre de un demi-centigramme est prescrite le second jour après l'opération ; aussitôt comme par enchantement tout vomissement

cesse, et la malade passe une nuit dans la plus grande tranquillité.

Devant un tel effet magique, la malade reste très impressionnée ; elle commence déjà à avoir une profonde reconnaissance et une grande vénération pour cette substance vraiment merveilleuse qui lui fait disparaître ses douleurs, ses vomissements et son agitation.

Le 4e jour, l'agitation reparaît encore plus accentuée que les deux premiers jours ; l'insomnie est absolue, et quelques nausées commencent à se produire ; aussitôt la malade appelle la surveillante de nuit qui cédant à ses supplications lui fait une injection de un demi-centigramme de morphine ; tout symptôme douloureux disparaît encore une fois ; la malade devient de plus en plus confiante, si bien que les jours suivants, à l'approche de la nuit, elle prend l'habitude de réclamer une piqûre par crainte de ses vomissements et dans le but de se procurer un sommeil exempt de toute agitation ; Cela dure environ quinze jours, mais à cette date, il fallait déjà injecter deux centigrammes de morphine pour arriver au même résultat qu'une injection de un demi-centigramme avait produit le lendemain de l'opération.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie de son appendicite, et va à la campagne dans le but de reprendre des forces ; en effet elle s'était fort anémiée pendant son séjour à l'hôpital et elle avait maigri d'une douzaine de livres ; aussitôt arrivée à la campagne, elle cesse ses piqûres car elle ne ressentait aucun symptôme de douleur, et les nuits étaient excellentes ; mais au bout de quinze jours ne voyant pas se produire l'effet attendu, ne retrouvant pas une vigueur nouvelle et surtout n'ayant constaté aucune augmentation de poids, elle attribue cette inefficacité du séjour à la campagne à la suppression de ses injections de morphine qu'elle se faisait faire chaque soir à l'hôpital ; aussitôt, elle retrouve sa première ordonnance, fait venir de Paris une seringue de Pravaz et se fait une piqûre ; sa confiance dans la morphine était telle

qu'elle affirme qu'au bout de quelques jours elle se sentit plus forte et moins déprimée. Cela dura environ trois mois ; elle prenait alors trois à quatre centigrammes par jour, en trois injections, une le matin, une autre à midi avant de manger, et la troisième au moment même de se coucher.

La malade revient à Paris, et par raison, cesse ses piqûres. On lui avait fait entrevoir les dangers qui pourraient arriver si elle continuait plus longtemps sa fâcheuse habitude. Cette suppression ne s'accompagna d'aucun accident et pendant six mois elle ne se fit aucune injection de morphine.

Soudain le 21 juin 1904, la malade ressent au niveau de l'abdomen une douleur intolérable, et revenant par crises ; M. Auclair est appelé ; après l'avis de M. Brindeau, accoucheur des hôpitaux, qui affirme ne trouver aucune cause d'ordre génital vu l'intégrité absolue des organes du petit bassin, la possibilité d'une péritonite bacillaire est envisagée : devant l'acuité des douleurs, de l'insomnie complète et des menaces de vomissement, l'on fait quelques piqûres de morphine ; six injections sont pratiquées dans l'espace de trois semaines. A partir de ce moment, la malade pour se préserver de tout accident possible, se décide à se faire elle-même de temps en temps des injections de morphine ; il en fut ainsi pendant trois ans, et au bout d'une année, le besoin était tel que la malade ne pouvait passer une seule journée sans se faire une nouvelle piqûre ; à la fin de la troisième année, elle en était arrivée à s'injecter quotidiennement cinquante centigrammes de morphine.

Prise de remords, ou se rendant déjà compte de sa déchéance et des ravages que produisait en elle son tyran, elle manifeste la ferme intention de se démorphiniser ; dans ce but elle entre à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan ; la suppression lente est essayée ; on lui donne douze centigrammes de morphine le premier jour, et l'on diminue de un centigramme chaque jour suivant ; parallèlement la malade prend un centigramme d'extrait thébaïque et augmente chaque

jour d'un centigramme ; si bien qu'au bout du douzième jour la malade ne prenait plus de morphine, mais en revanche elle absorbait douze centigrammes d'extrait thébaïque ; pendant le traitement, une grande agitation se manifeste, mais sans menace de collapsus.

Après un séjour de quinze jours à Sainte-Anne, la malade part en convalescence à Vaucluse où elle reste deux semaines. A sa sortie, et le soir même, elle se fait une piqûre ; il en fut ainsi pendant trois ans, et la dose quotidienne de un gramme fut atteinte ; pendant les deux dernières années, la malade ajoutait chaque jour vingt-cinq centigrammes de cocaïne ; aussi de nombreux accidents ne tardèrent pas à se produire, et aucun des symptômes de la morphinomanie aiguë ne manqua de se manifester.

Pendant ce temps elle s'était mariée à un médecin ; celui-ci entreprit bientôt de vouloir la guérir, et c'est dans ce but que la malade entra le 23 octobre 1909 à l'hôpital Tenon, salle Converschel, dans le service de M. Florand ; cette décision fut prise à la suite de troubles violents de la vue et de l'ouïe que la malade avait eus le mois précédent ; elle avait maigri de trente livres et avait été sujette à des hallucinations effrayantes ; mais ce qui l'avait surtout frappée, c'était une crise d'urémie avec coma pendant vingt-quatre heures.

M. Florand décide, après un long examen de tous les organes, de supprimer brusquement la morphine dès le lendemain ; on ne fit qu'une seule piqûre pendant tout le séjour de la malade à l'hôpital.

La morphinomane fut mise dans une petite chambre en compagnie de deux autres malades ; toutes les précautions que nous avons exposées au chapitre précédent furent prises et de nombreuses recommandations furent faites au personnel de jour et de nuit ; la première journée se passa très bien ; mais pendant la nuit, le sommeil fut complètement impossible.

La deuxième journée vit se produire divers accidents ; la malade devint loquace et agitée ; il fallut la maintenir dans

son lit et lutter contre ses menaces de partir ; puis elle fut en proie à des sueurs profuses ; des vomissements bilieux se produisirent ainsi qu'un besoin continuel d'éternuer et un larmoiement intense ; un bain chaud à 38° fut donné le soir. Aucune nourriture ne fut donnée pendant le traitement.

La deuxième nuit fut comme la première ; le sommeil fut impossible ; un bain chaud fut donné le lendemain matin, et il en fut ainsi pendant quatre jours. Mais à aucun moment aucune menace de collapsus ne fut à craindre ; aucun moyen violent ne fut nécessaire, et ce dont la malade se souvient le plus, c'est l'insomnie absolue qu'elle eut pendant les premières nuits ; le pouls resta toujours bon et normal ainsi que la température : au bout d'une semaine tout danger était écarté et la malade quittait l'hôpital le 19 novembre 1909 ; elle retourne chez elle, près de son mari qui est médecin, et là elle prépare ses instruments, ses seringues, manipule ses ampoules de cocaïne et de morphine sans ressentir la moindre envie de se faire une injection ; l'appétit est revenu entièrement, elle a engraissé et la vie est devenue pour elle pleine d'attraits nouveaux.

Cette observation nous suggère quelques réflexions.

D'abord la malade est devenue morphinomane pour une cause d'ordre thérapeutique : elle a d'abord été morphinisée puis elle a franchi rapidement la faible distance qui la séparait de la morphinomanie.

Ensuite, nous voyons qu'à Sainte-Anne la démorphinisation lente a été essayée : On diminuait la dose de morphine de un centigramme par jour, et parallèlement on faisait prendre chaque jour à la malade, et d'une façon progressive, un centigramme d'extrait thébaïque.

Cette tentative de démorphinisation lente ne fut suivie d'aucun succès ; le soir même de sa sortie de l'asile, la malade se faisait une nouvelle piqûre.

De plus, outre sa dose quotidienne de morphine, la malade ajouta 0 gr. 25 de cocaïne ; la démorphinisation brusque fut faite à l'hôpital Tenon, et ne s'accompagna d'aucun phénomène grave ni d'aucune menace de collapsus ; elle guérit radicalement et très vite de ses deux intoxications ; elle avoua qu'elle n'avait pas ressenti de souffrances plus cruelles que lors de la démorphinisation lente qui avait été tentée à l'asile Sainte-Anne.

Enfin, la malade, qui a épousé un médecin, vit par suite dans un milieu qui devrait être excessivement dangereux pour elle ; elle touche journellement aux seringues dont se sert son mari ; elle a à sa disposition des ampoules de morphine, et jamais elle ne fut tentée de se faire de nouvelles piqûres Elle est donc bien radicalement guérie.

Observation 2 (personnelle).

Mme T... Paule, 23 ans. Aucune maladie antérieure. La mère, âgée aujourd'hui de 50 ans, est éthéromane depuis de nombreuses années ; elle continue à persévérer dans sa déplorable habitude et de temps en temps elle se fait des injections de morphine. Le père est âgé de 55 ans ; c'est un alcoolique invétéré, atteint en plus de rhumatisme goutteux. La malade a deux frères âgés respectivement de 16 ans et de 25 ans, et une sœur âgée de 15 ans ; seul l'aîné est sujet à des crises d'hystéro-épilepsie qui ont été contrôlées à plusieurs reprises par des médecins.

Dès sa plus tendre jeunesse Mme T... a vécu dans un milieu spécial, entre un père alcoolique, une mère éthéromane et un frère plus âgé hystéro-épileptique ; elle n'a pas tardé à s'en ressentir, et toute curieuse, dès l'âge de 15 ans, elle imite sa mère et se passionne pour l'éther qu'elle absorbe en inha-

lations ou en suçant des morceaux de sucre qu'elle a soin d'imprégner largement ; elle agit ainsi pendant quatre ans.

Mais dès l'âge de 17 ans, elle se marie ; aussitôt elle ne tarde pas à convaincre son mari avec une grande facilité et tous deux montrent une vraie passion pour l'éther ; au bout de quelque temps, son mari présente une crise aiguë de neurasthénie et pendant une huitaine de jours il éprouve de terribles hallucinations avec de violents cauchemars qui le dépriment fortement. Ils ont peur, et d'un commun accord ils renoncent l'un et l'autre à l'éther qu'ils accusent de tous ces accidents ; mais comme il leur faut déjà un stimulant, ils ont recours à l'alcool et à partir de ce moment ils font un usage immodéré de vins généreux, de liqueurs et surtout de champagne ; une vie agitée et de luxe commence alors ; ils se couchent tous les soirs à une heure fort avancée de la nuit et font de nombreux excès ; aussi peu de temps après, le mari est déjà devenu un alcoolique invétéré ; il a des crampes, du tremblement des mains, des fourmillements, des cauchemars terribles et une gastrite très accusée avec des pituites matutinales ; il ressent au niveau de l'estomac des brûlures violentes et une vive douleur, son appétit est complètement disparu, et sa peau prend une teinte subictérique.

Il va consulter un médecin qui pour le calmer ordonne une injection de un demi-centigramme de morphine ; elle fut suivie d'une sensation de calme et les douleurs disparurent en partie ; en même temps le mari devient un joueur effréné ; il fréquente les cercles et les villes d'eaux, joue à tous les jeux et devient un assidu des champs de courses ; mais comme il perd de fortes sommes, il continue à se faire des injections de morphine afin, dit-il, de se donner du courage et de mieux surmonter les ennuis que lui procurent ses pertes sans cesse croissantes ; ces injections font naître en lui une certaine sensation de plaisir qu'il trouve exquise ; c'est la période d'euphorie, une véritable lune de miel ; il se prend d'enthousiasme pour la morphine, et il tient à partager ses joies avec

sa femme ; dans ce but il lui fait une première injection ; mais ce fut une cruelle déception ; cette piqûre ne fut suivie d'aucune sensation agréable ; bien plus elle détermina un malaise assez violent et fut suivie d'une céphalée intense avec menaces de nausées.

Afin de braver un tel échec, le mari recommença à cinq ou six reprises de nouvelles piqûres ; toutes ne déterminèrent aucune sensation de plaisir ; aussi ne voyant aucun résultat se produire, il cessa, et pendant trois mois la malade se refusa à toute nouvelle injection.

Pendant ce temps le mari continue ses piqûres et montre de plus en plus une grande susceptibilité à la morphine ; il se fait les injections de préférence le soir en vue de la nuit et bientôt il dépasse la dose de dix centigrammes.

Au bout d'une année, le mari abandonne la morphine pour une cause indéterminée ; il adopte l'héroïne dont il avait entendu vanter les charmes, et bientôt il devient un héroïnomane ; sa femme, entendant vanter la puissance merveilleuse de ce nouveau poison, veut y goûter et elle se fait elle-même une injection de un demi-centigramme d'héroïne ; elle ressentit immédiatement une sensation bien différente de celle que lui avait procurée jusqu'ici la morphine ; dès la première injection d'héroïne elle accusa un plaisir immense, plein de volupté, et elle lui attribua un pouvoir merveilleux ; seule, elle lui procurait l'activité nécessaire à la vie, et s'il lui arrivait de retarder le moment de la piqûre, elle venait à la désirer ardemment ; elle était déjà en état de besoin ; de bonne heure elle dut augmenter le nombre des injections ainsi que le titre de la solution, et en quelques mois elle arriva à introduire chaque jour dans son organisme, dix centigrammes d'héroïne.

La malade, qui pourtant se lavait à l'éther avant chaque injection, présenta au niveau de la face externe de la cuisse droite un énorme abcès qui s'ouvrit spontanément et dura trois mois ; il s'accompagna de violentes douleurs, d'une fièvre intense et força la malade à garder le lit durant de nombreuses

semaines ; mais cet accident ne la découragea pas, et ne l'arrêta pas ; en compagnie de son mari, elle continua à se faire de nouvelles injections d'héroïne ; elle ne tarda pas à présenter tous les symptômes de l'héroïnomanie aiguë, intoxication encore plus violente que la morphinomanie ; elle se rendait compte de son état lamentable, prenait la ferme résolution de cesser ses injections, mais dès qu'elle commençait à ressentir le besoin, elle retombait dans sa passion et se faisait une injection avec une solution plus concentrée que la précédente ; en plus elle avait la passion de la piqûre : elle éprouvait un réel plaisir à s'enfoncer dans la peau l'aiguille de la seringue ; elle ne s'intéressait à rien ; elle achetait des livres mais ne les lisait pas ; elle vivait une vie inutile, complètement détachée de tout ce qui l'entourait.

Le 20 décembre 1909, la malade, à la suite d'un accident d'automobile, est conduite à l'hôpital Beaujon et admise dans le service de M. Tuffier ; elle y reste trois jours ; le soir de son arrivée, afin de calmer l'agitation extrême qu'elle présentait et les douleurs violentes qu'elle accusait, on lui fait une piqûre de morphine ; de plus pendant les trois jours qu'elle resta à l'hôpital, son mari (dit-elle ?), venait à plusieurs reprises lui faire des injections d'héroïne ; en réalité les douleurs et l'agitation qu'elle présentait étaient dues non pas à son accident mais au besoin d'héroïne qui devenait plus impérieux.

Ramenée à son domicile, elle continue à persévérer dans son habitude ; elle raconte que plusieurs fois, prise d'un violent désir de se séparer de son poison, elle jeta sa solution et sa seringue, mais dès qu'apparaissaient les premières douleurs même légères de l'abstinence elle courait en acheter de nouvelles ; elle était devenue affreusement maigre, incapable de tout effort, et en était arrivée à avoir horreur d'elle-même ; elle veut alors supprimer l'héroïne et dans ce but elle vient à l'hôpital où elle entre dans le service de M. Florand le 28 mars 1910.

La malade est longuement interrogée ; elle avoue qu'elle

s'injectait chaque jour environ un gramme d'héroïne ; elle ne présente aucune altération de ses divers organes ; le jour de son arrivée, on lui fait cinquante centigrammes d'héroïne, et le lendemain on supprime radicalement toute injection ; pendant toute la durée du traitement elle ne présenta aucun symptôme grave ; elle transpira abondamment, vomit à plusieurs reprises et fut en proie à une soif intense, à des bâillements et à des éternûments sans cesse répétés. L'agitation fut surtout accusée le deuxième jour, et coïncida avec une diarrhée profuse, mais l'on ne dut recourir à aucun moment à des moyens de coercition ; elle fut transportée deux fois par jour dans un bain à 38° pendant une demi-heure ; mais ce qui l'effraya surtout ce fut une insomnie absolue pendant cinq nuits entières, s'accompagnant de rêves et de cauchemars ; le pouls fut toujours régulier et bien frappé ; il présenta un minimum de battements le 3e jour (60 pulsations à la minute) : aucune élévation ou diminution de température ne furent notées, mais la malade présenta un mouvement continu de flexion du tronc sur le bassin qui se continua pendant toute la durée du traitement ; au bout de dix jours tout avait disparu, et le désir de manger était revenu. La malade sortait de l'hôpital le 21 avril, complètement guérie ; elle partit en voyage et resta loin de Paris pendant toute sa convalescence.

Nous l'avons revue à son retour ; elle est complètement transformée ; elle nous affirma qu'aussitôt sortie de l'hôpital, elle a eu une période de boulimie très accentuée. C'est là en effet un symptôme de bon augure et qui fournit un pronostic favorable pour la guérison complète ; nous ne saurions insister sur ce point que le Dr Florand a remarqué chez la plupart de ses démorphinisés.

La malade a engraissé de vingt livres ; elle est très contente et elle tient à décider son mari à entrer à Tenon pour se faire démorphiniser par le traitement qui lui a si bien réussi.

Observation 3 (personnelle).

M. T..., 31 ans (mari de la femme qui fait le sujet de la précédente observation).

Nous avons longuement exposé précédemment dans quelles circonstances il prit l'habitude, en compagnie de sa femme, de se faire des injections de morphine d'abord, d'héroïne ensuite, après avoir tous deux commencé par respirer des doses croissantes d'éther.

Il a toujours été bien portant ; son père est mort de fièvre typhoïde et sa mère vit encore.

Il débute à 25 ans par respirer de l'éther, puis à l'occasion d'une gastrite éthylique un médecin lui fait une injection de morphine ; il accuse un mieux immédiat, et continue à se faire lui-même ses piqûres ; il a la passion de la piqûre et éprouve bientôt le besoin de s'injecter des doses croissantes de morphine ; il se fait chaque soir une piqûre de un centigramme pendant une quinzaine de jours ; il éprouve à chaque fois une euphorie complète, mais bientôt le pharmacien qui le fournissait n'ayant plus de morphine, lui donne de l'héroïne dont on lui avait jadis vanté le pouvoir merveilleux ; il éprouve avec ce nouveau poison des sensations encore plus fortes et plus agréables que celles que lui procurait la morphine ; il ne ressent plus de douleurs au niveau de l'estomac, mais il continue à se faire des injections d'héroïne, augmente le titre de la solution si bien qu'il en arrive au bout de deux années à s'injecter chaque jour environ un gramme d'héroïne.

Il présente alors tous les signes de l'héroïnomanie aiguë. Il veut se séparer de son toxique et dans ce but, encouragé par l'exemple de sa femme, il entre à l'hôpital Tenon, salle Barth, dans le service du Dr Florand le 14 mars 1910 ; il est bien portant, et ne présente aucune lésion au niveau de ses divers organes ; dès le lendemain, le traitement est commencé ; le malade n'a reçu à l'hôpital aucune injection d'héroïne.

Il eut des vomissements fréquents, une soif intense, une diarrhée et des sueurs abondantes ; mis tout d'abord dans une salle séparée, il demanda à entrer dans la salle commune ; il ne présenta aucun accident grave, aucune menace de collapsus ; le pouls fut toujours à peu près normal ; mais l'insomnie fut complète durant cinq nuits ; cependant le troisième jour, après une période d'agitation violente, suivie d'une dépression notable, on dut faire une injection de sulfate de spartéine que l'on recommença le lendemain ; il prenait deux bains à 38° par jour, et ne fut à aucun moment insupportable pour ses voisins au point de nécessiter son retour dans une salle spéciale.

Après une semaine, tout accident grave pouvait être écarté et le malade quittait l'hôpital le 3 avril, complètement guéri, et bien décidé à profiter de sa période de convalescence pour faire un voyage et un séjour à la campagne.

Nous l'avons revu dernièrement ; il est transformé et animé des meilleures résolutions pour se créer une situation et une vie nouvelle.

A la suite des deux observations qui précèdent, nous pouvons faire les remarques suivantes :

Mme T... est devenue morphinomane à la suite du contact de son mari ; celui-ci a dû lui vanter les charmes de la morphine, lui faire le récit des voluptés qu'il éprouvait et les plaisirs surhumains qu'il pouvait se procurer à l'aide d'une seule injection ; il a toujours existé entre eux une communauté intime qui ne pouvait que les faire persévérer dans leur passion.

De plus nous pouvons dire que Mme T... était une prédisposée. Quel milieu dans lequel elle passe ses premières années ! Elle séjourne entre un père alcoolique, une mère éthéromane, et un frère hystéro-épileptique ! Elle est d'abord éthé-

romane, puis essaie, à l'exemple de son mari, la morphine. Cruelle désillusion ! Elle n'éprouve après chaque injection aucune sensation voluptueuse, tandis que son mari accuse un effet vraiment magique.

Elle essaie, toujours à l'instar de son mari, l'héroïne ! De suite elle montre une grande susceptibilité, et très vite elle devient une héroïnomane ; elle a en plus une véritable passion de la piqûre ; elle met une demi-heure pour enfoncer l'aiguille.

L'héroïne ne donne lieu pendant sa suppression à aucun symptôme grave, son élimination se fait comme celle de la morphine et n'est pas plus à redouter : Mme T.., pendant son traitement, ne présenta aucun phénomène qui pût faire naître des craintes à son entourage.

Quant à son mari, il nous affirma que la période d'euphorie qui suivait ses injections d'héroïne était encore plus agréable que celle que lui procurait antérieurement la morphine.

A un moment du traitement, par suite de ses antécédents d'alcoolisme, il présenta une légère défaillance du cœur qui nécessita une injection de spartéine ; il resta pendant sa cure dans la salle commune où il ne gêna nullement ses voisins.

L'héroïnomanie, comme la morphinomanie est donc une maladie curable ; les deux observations que nous venons de citer sont deux exemples probants, car les malades, que nous avons revus, sont en excellente santé et n'ont pas présenté de récidive.

Observation 4 (due à l'obligeance de notre excellent camarade Jacquot).

Mme L. J..., 57 ans, femme d'un médecin.

Morphinomane depuis 1888 environ, époque à laquelle elle eut plusieurs crises de coliques hépatiques. Ces crises se produisirent presque tous les ans jusqu'en 1896 ; elles cessèrent alors d'une façon complète et tout leur cortège douloureux disparut ; mais à l'occasion de ces crises, le mari de la dame qui est médecin avait fait des injections de morphine qui à chaque fois donnèrent un soulagement immédiat avec cessation absolue de tout signe de douleur.

De 1894 à 1898, la malade alla chaque été à Vichy, et chaque cure fut suivie d'excellents résultats.

Mais, au fur et à mesure des crises, pleine de confiance en la morphine qui la soulageait aussitôt, et dans l'espoir d'en éviter de nouvelles, Mme L. J..., avait continué ses injections ; elle était devenue morphinomane et elle augmenta progressivement la dose de morphine jusqu'à 0 gr. 90 par jour.

Depuis plusieurs années son caractère était devenu sombre ; elle passait ses journées dans son jardin, ne se trouvant à la maison qu'à l'heure des repas, paraissant complètement absente et détachée de tout ce qui se passait autour d'elle, répondant d'une façon incohérente aux questions qui lui étaient posées ; elle ne s'intéressait plus à aucune question littéraire ou artistique, et ne pensait plus qu'à une seule chose, à ses petits enfants qu'elle continuait à gâter plus que jamais.

Plusieurs fois son mari a tenté de lui persuader de se faire démorphiniser, mais toujours elle refusa, craignant de souffrir, et répugnant à l'idée d'entrer dans une maison de santé ; elle disait cependant que son état était intolérable, qu'elle était excessivement malheureuse; et qu'elle ne souhaiterait jamais à son plus grand ennemi d'être morphinomane.

Les nuits étaient affreuses, interminables, peuplées de rêves

terribles ; elle ne pouvait dormir qu'avec une lumière allumée toute la nuit.

Son appétit était très modéré ; elle présentait des alternatives de diarrhée et de constipation ; son corps se couvrit d'abcès fréquents, mais jamais elle ne s'en plaignit et n'accusa la moindre douleur, car elle avait une crainte immense du bistouri. Ces suppurations continuelles amenèrent rapidement une cachexie profonde ; la malade paraissait extrêmement vieille, sa démarche était traînante, ses traits tirés, ses yeux excavés, son appétit était devenu nul. A la suite d'un séjour à la campagne, vers le 1er août 1900, elle présente une série d'abcès énormes qu'elle refusa de laisser inciser si bien que le 20 août elle est contrainte de prendre le lit ; à ce moment la cachexie est très avancée ; les abcès siègent principalement sur les cuisses, le ventre, remontent jusqu'au niveau des fausses côtes, et s'irradient jusqu'à la face postérieure du tronc ; l'appétit manque d'une façon absolue, la langue devient sèche, rôtie, le facies lui-même prend la teinte spéciale et caractéristique des longues suppurations ; on incise alors les abcès et on les traite par des applications humides sans cesse renouvelées.

C'est alors qu'on propose à la malade de la démorphiniser lentement, lui affirmant qu'elle ne souffrira pas ; ce traitement est commencé le 15 septembre ; on supprime cinq centigrammes par jour, mais environ deux semaines après, au moment où la malade ne reçoit plus que vingt centigrammes de morphine quotidiennement, elle est prise d'une crise aiguë d'urémie ; un délire violent apparaît, la diarrhée devient vite extrêmement abondante, et la malade est de plus en plus agitée ; les reins sont touchés, l'analyse de l'urine y révèle deux grammes d'albumine par 24 heures ainsi que la présence d'une quantité notable d'indican ; le pouls menaça à plusieurs reprises de devenir irrégulier, mais la température ne subit aucune modification.

La malade est soumise à la diète hydrique ; on lui prescrit

des comprimés de lactéol, des bains tièdes et des lavages intestinaux. Vers le 10 octobre, le délire a cessé ainsi que la plupart des symptômes.

A ce moment on décide de frapper un coup décisif ; on prend la détermination de cesser brusquement toute injection de morphine ; pendant quelques jours, quelques injections d'eau contenant une petite quantité d'eau de laurier-cerise sont faites.

Le 15 octobre, voyant qu'aucun des symptômes qui s'étaient manifestés auparavant n'avait fait son apparition, on annonce à la malade que depuis 5 jours elle n'a pas absorbé un seul centigramme de morphine ; elle en paraît enchantée, et la perspective d'une guérison prompte et complète la comble de joie, renouvelle son courage et lui donne des forces ; le 17 octobre seulement, quelques vomissements apparaissent ainsi qu'une diarrhée assez abondante ; la malade bâille sans cesse et a des sueurs continuelles. Ces phénomènes disparaissent rapidement, mais sont cependant remplacés par des crampes d'estomac intolérables qui cèdent à l'ingestion de pilules de spartéine. De l'aveu même de la malade, elle avait ressenti pendant ce deuxième stade de sa cure, des souffrances de beaucoup moins violentes que lors du début de son traitement, alors que la morphine était supprimée d'une façon lente et graduelle.

Le 1er novembre 1900 elle quitte la chambre et entre en convalescence ; le 25 décembre elle entreprend un grand voyage à l'étranger.

Elle est actuellement complètement transformée ; elle s'intéresse à la musique, à la littérature, au jardinage ; elle n'a jamais eu la moindre envie de se faire de nouvelles injections de morphine ; elle paraît rajeunie de 10 années, et suivant l'expression très juste du Dr Florand qui la vit au moment de sa crise d'urémie, elle « s'est refait une nouvelle vie ».

Cette observation est très intéressante pour plusieurs raisons ; elle montre amplement l'innocuité et l'efficacité de la suppression brusque ; en effet, c'est en 1900 que la malade a été soumise à ce traitement ; depuis dix années, elle n'a jamais ressenti la moindre envie de se faire une nouvelle injection ; ayant à sa disposition des ampoules et des solutions de morphine, elle n'a jamais été tentée ; au contraire, elle prit en horreur son ancien tyran et elle manifeste une grande aversion et un profond dégoût à se souvenir qu'elle a pu dans un moment d'égarement, se soumettre à toutes ses exigences et endurer pour lui les plus atroces souffrances. Nous pouvons donc affirmer aujourd'hui que la malade est complètement guérie.

L'élimination de la morphine s'est effectuée d'une façon normale, sans produire tous les accidents graves que la plupart des auteurs ont coutume d'énumérer ; mais le fait suivant est tout à fait caractéristique : la malade a d'abord été traitée par la suppression graduelle du poison ; au moment où elle n'absorbait plus que vingt centigrammes de morphine par jour, des phénomènes graves se sont produits et une crise aiguë d'urémie est survenue ; la malade a eu de l'albumine dans ses urines et son pouls a fait craindre une attaque de collapsus ; on a dû cesser tout traitement. Lorsque plus tard, dans le but d'agir vite, la morphine a été supprimée brusquement, aucun des phénomènes graves de la cure précédente ne s'est produit ; bien plus, la malade affirme avoir beaucoup moins souffert ; au bout de 5 jours elle n'accusait plus la plus légère douleur, et elle partait en convalescence, pleine de joie et d'espérance, à la pensée qu'elle avait pu en si peu de temps être délivrée de la morphine.

CONCLUSIONS

La morphinomanie est toujours une question d'actualité. C'est une intoxication grave, ayant les pires conséquences, éminemment dangereuse pour la société, intéressant la médecine légale, et amenant au dernier degré, la déchéance rapide de l'individu ainsi que la perversion des facultés intellectuelles et morales.

Le morphinomane est un être inutile et dangereux, un véritable fléau social ; il est souvent entré dans son vice par une faute thérapeutique, mais souvent aussi il présente des tares nerveuses, héréditaires ou non. et une prédisposition plus ou moins marquée : aussi doit-on faire une distinction entre le morphinisme et la morphinomanie d'une part, entre les morphinisés et les morphinomanes d'autre part.

La morphinomanie est une affection curable ; tout médecin doit faire ses efforts pour enrayer cette funeste passion.

De nombreux, traitements, ont été proposés : ils ont tous pour but l'élimination complète de la morphine hors de l'organisme ; mais tout traitement, avant d'être entrepris, doit être précédé de précautions absolument indispensables et d'un examen attentif et prolongé du malade, sans lesquels on ne saurait éviter de graves accidents pendant l'abstinence morphinique, et une récivive rapide.

Ce que chaque médecin doit chercher à éviter, c'est la récidive ; aussi la convalescence est elle digne d'une surveillance de tous les instants.

Tout traitement doit être fait dans une maison de santé ou dans un hôpital, car la cure à domicile est presque toujours inefficace.

Nous rejeterons successivement le traitement par la substitution de toxique, par la suppression lente, par la suppression rapide, pour adopter et préconiser le traitement par la suppression brusque.

Le traitement par la substitution de toxique remplace une intoxication par une autre, et quand par exemple le médicament employé est la cocaïne, les accidents produits par cette nouvelle intoxication sont encore plus néfastes pour l'individu.

La suppression lente dure trop longtemps, et par suite est presque toujours inefficace et suivie d'une prompte récidive : elle ne met pas complètement à l'abri des divers accidents de l'abstinence morphinique, et de plus elle décourage vite le malade qui renonçant à continuer le traitement, se fait de nouvelles injections.

La suppression rapide, qui a de nombreux défenseurs, peut et doit être employée dans certains cas, où l'organisme est affaibli et atteint de lésions cardio-pulmonaires ou autres ; ce traitement, tout en se donnant pour but d'éviter les accidents et les inconvénients de la suppression lente et de la suppression brusque, est loin d'en mettre à l'abri d'une façon certaine ; aussi la récidive est fréquente.

La suppression brusque est le mode de traitement que nous préconisons : il est moins dangereux qu'on le croit en général. Nous avouons qu'elle ne peut être employée dans tous les cas, mais nous croyons que l'on ajoute trop de créance aux douleurs et aux symptômes que présente le

morphinomane pendant cette cure ; ce dernier est un individu disposé, comme l'on sait, à mentir, à exagérer ses souffrances, à accuser et à créer des phénomènes dramatiques dans le but d'apitoyer son entourage et déterminer son médecin à lui faire une injection de son toxique favori. Cette méthode a toujours donné d'excellents résultats à notre maître le Dr Florand, et n'a presque jamais été suivie de récidive : nous l'avons vue employée dans les observations que nous citons, et à aucun moment nous n'avons constaté aucune menace de collapsus ; le malade ressent peut-être de violentes souffrances, mais elles sont de courte durée ; sa confiance et son courage sont accrus par le peu de durée de ces symptômes même s'ils sont très accusés, et par l'amélioration qui se manifeste rapidement.

Pour terminer, et afin d'enrayer les progrès de la morphinomanie, nous dirons que les médecins qui, personnellement ou par leur entourage, fournissent un gros contingent à cette affection, doivent restreindre le plus possible le nombre des injections de morphine qu'ils font à leurs malades, et veiller de très près à la rédaction de leurs ordonnances.

Vu :
Le Président de la thèse,
RAYMOND.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Deux observations de morphinomanie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 14 décembre 1894, 3e série, t. XI, p. 936.

Ball. — La morphinomanie. *Revue scientifique*, 1884, p. 15.

— *La morphinomanie*, in-18, 248 pages, 2e édit. Paris, Lefrançois, 1888.

— L'abstinence de la morphine. *Bulletin médical*, 1890, p. 917.

— De la morphinomanie. *Bulletin médical*, 1890, p. 905.

Ball et Jennings. — Considérations sur le traitement de la morphinomanie. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1887, t. XVII, p. 373, et *Encéphale*, 1887, p. 295, et *Union médicale*, 1887, 3e série, t. XLIII, p. 504.

Bérillon. — Traitement de la morphinomanie par la suggestion. *Congrès de Rome*, 1894.

Bojasinski. — Historique du morphinisme. *Medycyna*, Warszaska, 1892, p. 70.

Bourneville. — Observation de morphinomanie. *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III, p. 93.

Brochin. —Morphinisme (Revue générale),in *Gazette des hôpitaux*, 1877, p. 256.

Broers (Jan). — *Alcoolisme, morphinisme, chloralisme, op zich zelfen in verband met elkaar beschouwd* (L'alcoolisme, le morphinisme et le chloralisme considérés en eux-mêmes et dans leurs rapports les uns avec les autres). Thèse inaugurale, Leide, 1886.

Brooks. — The morphine habit. *Transactions Texas Medical Association*, Galveston, 1892, p. 128.

Brouardel. — Rapport sur un cas de morphinomanie avec vol à l'étalage. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1881, 3e série, t. VI, p. 272.

Calvet. — *Essai sur le morphinisme aigu et chronique*. Thèse de Paris, 1876, n° 502.

Charcot. — Morphinomanie. *Leçons du mardi*, 2 vol. in-8. Paris, Delahaye, 1888, t. II, p. 430.

Chouppe. — Morphinisme et cocaïne. *Bulletin de la Société de biologie*, 1889, t. XLI, p. 81.

Christian. — Guérison d'un cas de morphinomanie chez un jeune homme par la suppression brusque. *Annales médico-psychologiques*, 1889, 7e série, t. IX, p. 142.

Collain. — Contre le delirium tremens des morphinomanes. *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 1897, t. V, p. 38.

Comby. — Morphinomanie datant de trois ans, guérison en vingt-cinq jours. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, t. XI, p. 292.

Conklin (H.). — Treatment of the Opium habit. *Brooklyn medical journal*, 1892, t. VI, p. 40.

Dalbanne. — *Essai sur quelques accidents produits par la morphine.* Thèse de Paris, 1877.

Eloy. — Morphinomanes, opiophages et fumeurs d'opium. *Union médicale*, 1885, 3e série, t. XI, p. 385.

Eslenmayer (Albrecht). — Considérations sur la morphinomanie et son traitement. *Encéphale*, 1886, n° 6, p. 677.

Gilles de la Tourette. — Traitement de la morphinomanie ; leçon faite à l'hôpital Cochin. *Bulletin de thérapeutique*, 1895, t. CXXIX, p. 221, et *Bulletin médical*, 1896, t. X, p. 975, 1047.

Grasset. — Traitement du morphinisme chronique et de la morphinomanie. *Semaine médicale*, 1885, p. 75.

Groussin. — Du danger que courent les morphinomanes. *Société médico-pratique*, 23 mars 1891.

Guimbail. — *Les morphinomanes*, 1 vol. in-12, 312 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

Jacquet. — *De quelques accidents produits par l'abus de la morphine.* Thèse de Paris, 1882, n° 176.

Jennings. — Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie. *Encéphale*, 1887, t. VII, p. 198.

Jonet (Daniel). — *Etude sur le morphinisme chronique.* Thèse de Paris, 1883, n° 41.

Kaczorowski. — Traitement du morphinisme. *Medycyna*, 1886, p. 457' nos 28 et 29, et *Medical News*, 4 août 1888, t. II, p. 128.

Lancereaux. — Du morphinisme. *Semaine médicale*, 1884, p. 233, et *Union médicale*, 1887, p. 61, 74.

Landowski (Paul). — La morphinomanie et le morphinisme. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.* La Rochelle, 1882, p. 695 ; *Journal de thérapeutique*, 1882, t. LX, p. 164, et *Semaine médicale*, 1882, p. 13.

Lecerf. — *Symptomatologie de la morphinomanie.* Thèse de Paris, 1894-1895, n° 421.

Levinstein (Edouard). — Traduction française par L. H. Petit. *Bulletin général de thérapeutique*, 1876, t. XC, p. 348, et par Wehenkel,

in *Journal de médecine, chirurgie et de pharmacologie.* Bruxelles, 1876, t. LXII, p. 37.

— *Die Morphinensucht, eine monographie nach eigenen Beobachtungen*, in-8°, 160 pages, Berlin, 1877. Traduction française, Paris, Masson, 1878.

Lutaud. — Le traitement rapide de la morphinomanie. *Journal de médecine de Paris*, 1896, 2e série, t. VIII, p. 580.

Mann. — The opium habit. *Journal of nervous and mental diseases*, juillet 1881.

— The nature and treatment of the morphia habit. *Montreal medical journal*, 1894, t. XXIII, p. 1-6.

Marie. — Etiologie de la morphinomanie. *Union médicale*, 1894, p. 870.

Mattison (J.-B.). — The treatment of morphine Disease. *Therapeutic Gazette*, 1890, 3e série, t. VI, p. 599.

— The Mattison Method in Morphinism. *Universal journal*, 1893.

Notta. — La morphine et la morphinomanie. *Archives générales de médecine*, 1884, t. II, p. 385, 561.

Obersteiner. — Zur Therapie des Morphinismus. *Internationale klinische Rundschau*, 1891, t. V, p. 1840.

— Ueber Morphinismus. *Wiener medizin. Blätter*, 1891, t. XIV, p. 733, et *Medicinisch-chirurgischer Centralblatt*, 1891, t. XXVI, p. 665.

Patein. — Traitement de la morphinomanie. *Société de thérapeutique*, 22 mars 1893.

Peeters. — Morphinisme. *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1883, p. 54, et 1884, p. 19.

Petit. — Traduction du mémoire de Levenstein. *Bulletin général de thérapeutique*, 1876, t. XC, p. 348.

Pichon (G.). — Considérations sur la morphinomanie et son traitement. *Encéphale*, 1886, t. VI, p. 307.

— *Le morphinisme*, 1 vol. in-18, 488 pages, Paris, O. Doin, 1889.

— Morphinisme et diathèse. Morphinophagie. *Annales médico-psychologiques*, 1893, 7e série, t. XVII, p. 203, et *Revue neurologique*, 1893, p. 268.

Pouchet. — *Leçons de pharmaco-dynamie et de matière médicale.*

Rambaud. — Morphine et morphinomanes. *Journal de la santé publique*, 1884, n° 42.

Regnard. — Deux poisons à la mode : la morphine et l'éther. *Revue scientifique*, 1885, p. 545.

Reynier. — Cas de morphinomanie guéri par la suppression lente du poison. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1886, p. 448.

Richardson. — On Morphia habitues and their treatment. *Lancet*, 1883, t. II, p. 1046.

Rodet (Paul). — *Morphinomanie et morphinisme*, 1897.

Samter. — Ein Morphiophage. *Deutsche Klinik*, 1864, n° 16, p. 157, et n° 17, p. 163.

Smidt (Constantin). — *La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine traitées sous le double point de vue de la psychologie et de la médecine*, in-16, Nice, 1889.

Senlecq. — Un cas de morphinomanie. *Annales médico-psychologiques*, 1895, 8e série, t. I, p. 25.

Sharkey. — The treatment of Morphia habitues by sudden discontinuing the drug. *Lancet*, 1883, t. II, p. 1120.

Sollier. — Cas de morphino-cocaïnomanie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, 3e série, t. XI, p. 408.

— De la démorphinisation (Revue générale), in *Semaine médicale*, 1894, p. 146.

Sœnden. — Onze observations de morphinisme, analysé in *Paris médical*, 1880, 2e série, t. V, p. 85.

Toulouse. — Les morphiniques. *Annales de psychiatrie*, 1892, p. 121.

Trechsel. — Sur le morphinisme. *Société médicale neufchâteloise*, 18 décembre 1875.

Vale. — *Etude de quelques intoxications surajoutées à la morphinomanie*. Thèse de Paris, 1895, n° 7.

Vansant (E. L.). — The treatment of the Opium habit. *American Lancet*, Detroit, 1892, t. XV, p. 290.

Veisenburger. — *Etude sur le morphinisme*. Thèse de Paris, 1894.

Verneuil. — Discussion. *Congrès de la Rochelle*, 1882.

Voisin. — Traitement de la morphinomanie par la suppression brusque du médicament. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, t. XI, p. 446.

Voisin (Auguste). — Guérison d'un morphinomane par la suggestion. *Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*, 1887.

— Guérison d'un morphinomane par la suggestion hypnotique. *Revue de l'hypnotisme*, Paris, 1886.

— A quels signes reconnaître un morphinomane ? *Société d'hyp.*, 15 novembre 1896, in *Médecine moderne*, 1896, t. VII, p. 712.

Wehenkel. — Traduction française de Levinstein. *Journal de médecine*, Bruxelles, 1876, t. LXII, p. 37, 307.

Wetterstrandt. — Traitement de la morphinomanie par la suggestion hypnotique. *Revue de l'hypnotisme*, 1891, t. V, p. 141.

Wilson. — The Morphia habit. *College and Clinic Record*. Philadelphie, 1888, t. IX, p. 105.

Wolters. — *Contribution à l'étude de la morphine et du morphinisme*. Thèse de Montpellier, 1883, n° 27.

Zambaco. — De la morphéomanie. *Encéphale*, 1882, t. II, p. 513, 603, et *Gazette médicale d'Orient*, 1882.

— Contribution à l'étude de la morphéomanie. *Encéphale*, 1884, t. IV, p. 658.

Zeppenfeldt. — *Ueber Morphinismus*. Thèse inaugurale, Würzburg, 1879, 45 pages.

OUVRAGES LITTÉRAIRES

Claretie (Jules). — *Noris, mœurs du jour*, in-18, Paris, E. Dentu, 1883.

Daudet (Alphonse) — *L'Evangéliste*.

Daudet (Léon). — *La Lutte*.

Lévy (H.) et **Maniey** (L.). — *La Morphine*.

Mallat. — *La comtesse Morphine*.

Maudit (Le). — Bienfaits de la morphine par un morphinomane (Sonnet). *Encéphale*, 1887, p. 413.

Talmeyr (Maurice). — *Les possédés de la morphine*, in-18, 248 pages. Paris, Plon, 1892.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).